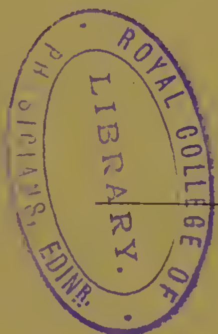
L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE AIGUE

ET SON TRAITEMENT

PAR L'ARTHROTOMIE PRÉCOCE

PAR

Le Dr Télesphore PARIZEAU



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE AIGUE

ET

SON TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE PRÉCOCE



INTRODUCTION

L'arthrite aiguë blennorrhagique a fait le sujet d'un grand nombre de travaux des plus intéressants et il reste bien peu de choses à dire sur certaines parties du sujet qui sont bien étudiées et connues à fond. La pathogénie de l'affection a été et est encore l'objet de recherches intéressantes, mais dont il est bien difficile de tirer une conclusion définitive. Il nous a semblé intéressant d'ajouter aux expériences nombreuses déjà publiées les quelques résultats bactériologiques obtenus à l'occasion des malades que nous présentons. Mais, nous n'oserions pas en tirer une conclusion. Ce n'est pas à nous qu'il appartient de trancher là où des maîtres hésitent.

Il y a quelques années est entrée dans la pratique chirurgicale une intervention que l'on n'osait tenter autre-

fois qu'avec hésitation et crainte. Mais, l'arthrotomie ayant bénéficié à son tour des acquisitions de l'antisepsie, on prit une plus grande habitude de traiter de façon sanglante les affections graves des articulations.

L'arthrite aiguë blennorrhagique eut son jour, et il existe maintenant un certain nombre d'observations publiées à ce sujet. Sur les conseils de M. Delbet et avec les observations qu'il mit fort obligeamment à ma disposition, j'ai voulu faire connaître quelques cas intéressants opérés par lui dans le service de M. Nicaise. Le seul mérite de ce travail, si tant est qu'il en ait un, consistera dans l'augmentation d'une statistique déjà fort respectable, laquelle permettra avant longtemps d'établir d'une façon sérieuse, la comparaison du traitement sanglant et de la thérapeutique ordinaire de l'arthrite aiguë blennorrhagique.

A l'occasion de ce travail et avant de me séparer de mes maîtres, qu'il me soit permis de leur offrir mes plus sincères remerciements. Les connaissances que j'ai puisées auprès d'eux me seront précieuses, mais la manière dont il me les ont communiquées l'était encore davantage. Leur bienveillance à mon égard très grande, s'est augmentée de ce fait qu'ils me savaient Canadien, et, c'est à titre de Canadien, reçu et traité comme de la famille française, que je dis à mes maîtres, merci, du fond du cœur.

MM. Barth, Chauffard, Rendu et Hutinel m'ont initié aux difficiles problèmes de la clinique interne. Je garde un excellent souvenir de mon séjour dans leurs services hospitaliers et je puis les assurer de ma complète reconnaissance.

C'est aux leçons de M. Léon Labbé et aux enseignements de M. Michaux que je dois mes premières notions de pathologie externe et de chirurgie. M. Michaux a été pour moi un guide sûr et un maître bienveillant. Qu'il veuille bien accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

C'est à l'école de M. le professeur Guyon que j'ai pu voir de près et étudier la pathologie et la clinique spéciale dont il est l'un des maîtres écoutés.

M. Delbet ne saura jamais toute la gratitude que je lui garde pour avoir terminé en quelque sorte mon éducation chirurgicale et ne m'avoir épargné ni ses conseils, ni sa bienveillance.

A MM. Ribemont-Dessaignes et Bar, je dois les connaissances obstétricales que je possède et je me plais à reconnaître la large part qu'ils ont eue dans mon éducation professionnelle.

Aux leçons de M. Roux et à l'hospitalité des laboratoires de l'Institut Pasteur je suis redevable des notions de bactériologie que je possède, et je me souviendrai longtemps de mon passage dans cette institution.

Je garde à M. Bazy un souvenir reconnaissant pour les quelques observations qu'il a eu l'extrême obligeance de m'offrir.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de ma thèse. Chez lui, la façon d'accorder cette faveur vaut presqu'à elle seule l'honneur qu'il me fait en acceptant d'être, en quelque sorte, le parrain de ce modeste travail. Pour l'une et l'autre raison, je lui offre mes plus sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

La blennorrhagie est maintenant reconnue comme la cause directe de l'arthrite aiguë blennorrhagique. Dès 1869, M. le professeur Fournier écrivait ce qui suit : « La blennorrhagie est la cause essentielle, efficiente, indispensable des accidents rhumatismaux dont l'ensemble compose le rhumatisme blennorrhagique ; c'est elle qui les détermine et elle suffit par elle seule à les produire indépendamment de toute provocation appréciable ».

Cette opinion encore contestée au moment où elle était émise réunit peu à peu tous les suffrages et on peut la voir aujourd'hui écrite un peu partout. Du reste M. le professeur Duplay et M. Brun décrivant l'arthrite aiguë blennorrhagique admettaient aussi la gonorrhée comme cause primordiale de l'affection. « Il suffit d'avoir observé avec attention un certain nombre d'arthrites blennorrhagiques, d'avoir analysé avec soin les caractères spéciaux et l'évolution particulière des arthropathies dites blennorrhagiques pour être bien et dûment convaincu que c'est dans la blennorrhagie que

réside la cause première, essentielle, de leur apparition » (Brun) (1).

L'opinion est donc fixée sur ce point. Mais il en est un autre sur lequel les idées sont partagées, à savoir, l'action secondaire plus ou moins active de certains éléments invoqués à titre déterminant, tels la diathèse rhumatismale si fortement soutenue par Peter et complètement niée par M. le professeur Fournier et Quinquaud. Dans un même ordre d'idées, le froid, les traumatismes, la fatigue et le surmenage sont mis en cause par les uns et dédaignés par les autres.

En général on n'admet guère l'action provocatrice de la diathèse rhumatismale, et pour ce qui regarde les malades que nous avons eus sous les yeux, ils ne présentaient aucunement matière à pareille interprétation. L'un d'eux pourtant semble avoir eu une attaque de rhumatisme aigu ordinaire, il y a quelques années. Mais, rien dans son état actuel ni dans son passé pathologique, ne nous fait croire à une intervention de l'affection ancienne. D'une part, il a présenté de nombreuses blennorrhagies et la dernière seulement s'est compliquée d'arthrite. Pourquoi ce long sommeil de la diathèse et cette action tardive. D'autre part, les caractères de l'arthropathie récente ne permettent en aucune façon d'en affirmer l'étroite parenté avec le rhumatisme ancien, encore moins la relation de cause à effet.

Quant au froid et à l'humidité, ils sont assez souvent invoqués par les malades désireux de trouver la raison

(1) Brun. Thèse de Paris, 1881.

de leur état. Mais nous savons quelle défiance il faut apporter dans l'appréciation de ces dires. Cependant en dehors des cas, où le besoin d'expliquer leur mal ou l'exagération fournissent aux patients cette cause toute simple mais insuffisante, il existe certainement des faits où le refroidissement peut être invoqué tout au moins à titre adjuvant.

De même en est-il, sans aucun doute, des traumatismes. Et, par là, il faudrait comprendre non seulement les chocs, coups et chutes, mais encore une fatigue excessive, un véritable surmenage d'une articulation, agissant en ce point à la façon d'un traumatisme chronique et y créant un lieu de moindre résistance.

Au point de vue du sexe, on admettait autrefois avec Ricord la prédominance chez l'homme de l'arthrite blennorrhagique. Mais on a depuis reconnu l'égalité à peu près complète réalisée entre les deux sexes par l'arthropathie en question. C'est la reconnaissance d'un droit dont la femme se serait bien passée.

Ricord n'eut pas souvent l'occasion d'observer le rhumatisme blennorrhagique chez la femme, pour la raison suivante, qu'en donne M. le professeur Fournier. On ne recherchait pas alors systématiquement, comme on le fait partout maintenant, l'affection vénérienne chez les femmes qui présentaient une arthrite à physionomie suspecte. De plus, une malade qui souffre au coude ou au genou, ne se rend pas compte du point de départ génital de son affection, et jamais elle ne songera à solliciter son admission dans un service spécial. Il a donc fallu que l'attention des observateurs fût appelée sur quelques

cas frappants, pour mettre la clinique en éveil et produire ce revirement d'opinion.

L'âge des malades atteints varie quelque peu. Si la majorité d'entre eux accusent une juanesse relative, on a vu l'affection s'attaquer à des vieillards d'un âge avancé. Par contre, on a souvent eu à la combattre chez de malheureux enfants, des nouveau-nés ou d'autres, dont l'âge variait depuis 2, 3 et 4 ans jusqu'à 10 et 12 ans. Pour les tout petits c'était la suite et la complication de l'ophtalmie purulente. On a eu de cette façon la preuve que l'uréthrite blennorrhagique n'était pas indispensable à l'éclosion des accidents rhumatismaux. Quelques observations très précises de la thèse de Raynaud auxquelles on pourrait joindre un grand nombre d'autres, sont à ce sujet absolument concluantes. Les fillettes fournissent le plus grand nombre des victimes dans la seconde enfance, et dans la plupart des cas, le point de départ est génital. On sait en effet combien sont fréquentes chez les petites filles, même en dehors de tout attentat, les vaginites gonococciques. L'origine et la pathogénie de ces vaginites sont diversement expliquées, mais quel qu'en soit le point de départ, il a été constaté de leur fait des arthropathies blennorrhagiques avérées.

On a beaucoup discuté l'époque d'apparition de l'arthrite blennorrhagique et les rapports qui existent entre l'âge de la chaudepisse et l'éclosion de sa manifestation articulaire. Mais, on sait maintenant qu'une jointure peut être prise en pleine période aiguë de l'uréthrite, comme aussi le simple écoulement chronique, la goutte militaire peut être le point de départ de manifestations

articulaires très aiguës. Chose curieuse, la gravité de la complication n'est souvent pas le moins du monde imputable à l'abondance de l'écoulement, à l'état aigu de l'uréthrite, et tel malade qui présentait une chaudepisse de toute moyenne intensité se voit cloué sur un lit de douleurs par la plus aiguë des arthrites. Nous avons observé le fait chez un de nos malades, à qui, au moment des accidents articulaires, il ne restait qu'une minuscule goutte matutinale, un rien, comme il disait. On a donc vu l'arthrite blennorrhagique se produire à des époques variables. Dans les débuts les plus précoces, elle apparaît vers le cinquième ou sixième jour. En général, c'est vers le dixième ou le quinzième qu'elle débute. Mais il lui arrive assez souvent d'attendre jusqu'au trentième et même au soixantième jour pour se déclarer. Dans l'ordre de fréquence c'est le genou qui est le plus souvent pris. Ensuite viennent le cou-de-pied, l'épaule, le poignet, le coude et les petites articulations.

En résumé, l'on peut dire que l'arthrite blennorrhagique a pour cause la blennorrhagie soit uréthrale, soit oculaire, et que secondairement elle peut naître à l'occasion d'un refroidissement, d'un traumatisme ou d'un surmenage quelconque, sans toutefois que son existence soit dépendante de ces causes secondaires. Si parfois, à sa naissance, on peut trouver la trace de ces éléments, dans la plupart des cas il est impossible d'y arriver.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Depuis l'époque lointaine où Selle et Swediaur firent remarquer la connexion intime de certaines affections articulaires avec la blennorrhagie, les discussions et les travaux se sont multipliés autour de cette question si intéressante et difficile en même temps, la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique.

De toutes ces discussions, il est depuis longtemps ressorti que le rhumatisme blennorrhagique fait partie d'une entité morbide ayant pour point de départ l'affection uréthrale. Les faits se sont groupés à l'appel des cliniciens et des expérimentateurs et ont fait justice des théories contraires. La coïncidence purement accidentelle des deux affections, le réveil d'un rhumatisme plus ou moins latent à l'occasion d'une blennorrhagie, ne sont plus guère que du domaine de l'histoire. On accepte franchement aujourd'hui l'opinion légèrement modifiée de Lasègue qui faisait du rhumatisme blennorrhagique une pyohémie à porte d'entrée uréthrale. Les acquisitions de la microbiologie ont changé, quant à la forme, l'énoncé de Lasègue, mais le fond est resté le même.

Si l'on s'entend bien sur les origines du rhumatisme blennorrhagique, il faut se hâter d'ajouter qu'il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit d'expliquer le « modus agendi

de l'affection uréthrale ». La muqueuse uréthrale se laisse forcer, tout le monde est d'accord. Elle laisse passer des agents pathogènes lesquels iront se fixer en un point faible quelconque pour y faire leur œuvre. Mais quels sont ces agents ? Voilà où les opinions se partagent. On en compta jusqu'à trois bien tranchées.

La première veut que le microbe spécifique de la blennorrhagie, le gonocoque, soit seul mis en cause. Agissant de lui-même et localement disent les uns, à distance et par ses toxines affirment d'autres, il est la cause efficiente des manifestations extra-uréthrales de la blennorrhagie. Il existe même une variante admise par M. le professeur Fournier et M. Mauriac et basée sur des faits très curieux. Le gonocoque dans certains cas agirait sur les centres nerveux, lesquels à leur tour provoqueraient, par action réflexe, des troubles articulaires. Nous n'avons jamais été à même de constater le fait, mais l'autorité de tels observateurs nous fait un devoir de citer cette opinion.

La seconde théorie met en cause les microbes ordinaires de la suppuration à qui le gonocoque aurait ouvert la porte par son action destructive sur la muqueuse uréthrale.

Il existe un troisième avis fait de moyen terme entre les deux premiers et que l'observation clinique et la bactériologie rendent vraisemblable au moins dans certains cas. Du reste, il n'a rien qui contredise absolument l'opinion qui fait du gonocoque un agent actif du rhumatisme blennorrhagique. Le microbe spécifique coexisterait souvent dans une articulation malade avec

d'autres micro-organismes, les uns et les autres travaillant de concert.

Depuis quelques années, le nombre des faits qui plaident en faveur de la première théorie est devenu de plus en plus considérable. Le gonocoque aurait été bel et bien trouvé dans les articulations malades. Faut-il en conclure qu'il y est toujours et que les difficultés de technique empêchent seules qu'on l'y décèle. Nous ne le croyons pas et les faits négatifs publiés par M. le professeur Dieulafoy et M. Widal, M. le professeur Guyon et M. Janet, MM. G. Roux, Jacquet, Haslund, Bockard, Bumm, Wertheim et d'autres encore, ne peuvent être traités à la légère et méritent une sérieuse considération. C'est pour ces cas sans doute que serait vraie la théorie des toxines admise par quelques observateurs, notamment par M. le professeur Guyon et M. Janet.

Trop souvent, la difficulté d'atteindre le gonocoque et de le cultiver, sa faible vitalité au sein des liquides articulaires nettement constatée, rendent les recherches décevantes et les résultats peu concluants. Ces difficultés font que les cas négatifs sont la règle. Mais, ajoute M. Sée, un cas bien établi suffit à aliéner cette règle.

Mais passons en revue quelques-uns des faits qui plaident en faveur de l'infection gonococcique.

Petrone, en 1883, trouve le gonocoque dans le sang de deux blennorrhagiens atteints d'arthrites du genou. Il répète l'expérience avec le liquide de l'épanchement et obtient les mêmes résultats. Mais les caractères qu'il attribue à ces micro-organismes empêchent M. Sée de conclure dans le même sens que Petrone, ou tout au moins lui font paraître ces cas douteux.

Déjà l'année précédente, M le professeur Bouchard avait présenté quatre cas où l'examen du sang s'était trouvé affirmatif.

Puis Hamonic, Leroy, Tédenat, cités par Dézanneau, avaient fait les mêmes recherches avec le même succès.

Bousquet, en 1885, trouva du gonocoque dans le pus d'une arthrite sterno-claviculaire qu'il décrivit du reste tout au long.

Un épanchement datant de deux jours est ponctionné par Kammerer qui y décèle le gonocoque. Un deuxième cas, ponctionné au sixième jour, ne lui donne rien. D'où Kammerer, s'appuyant sur d'autres faits de même nature, conclut à la faible vitalité du gonocoque dans les articulations.

En 1886, Hall retire du pus d'un genou, l'examine et y reconnaît le gonocoque.

Hartley (1) présente quatre cas de même nature.

Ses observations sont consignées dans le *New-York medical Journal.*

Ceppi et Wertheim découvrent en 1887 le gonocoque dans le pus d'un abcès pelvi-péritonéal.

Deutschmann examine deux cas, dont l'un sans résultat. Quant à l'autre, une arthrite compliquant une ophtalmie purulente, il lui fournit des diplocoques présentant un certain nombre des caractères du gonocoque. Il n'a manqué à cette expérience, pour être parfaitement concluante, qu'une culture sur milieu spécial.

Dans quatre échantillons de liquide articulaire séro-

(1) Hartley. *New-York med. Journal*, 1887, p. 376.

muqueux, incolore et limpide, Jacquet ne trouva rien. Un cinquième épanchement à liquide louche, lui permit de voir une cellule à noyaux, gorgée de diplocoques aplatis en grain de café.

M. Rendu présentait en 1893 à la Société médicale des hôpitaux un cas d'arthrite à épanchement nettement purulent. On en fit des lamelles. Les micro-organismes se décolorèrent par le Gram, et, par des cultures sur sérum et gélose, on obtint une belle colonie de microcoques disposés en tétraèdres et possédant la plupart des caractères du gonocoque.

Le liquide de deux ponctions faites pour arthrites du genou, fournit à Höck (1) des préparations de diplocoques en forme de haricots, qui ne prenaient pas le Gram, qui ne poussaient, ni sur gélatine, ni sur gélose simple, mais seulement sur milieu spécial ; enfin ces organismes paraissaient en tout semblables au gonocoque. Quelque temps après, il présentait deux enfants atteints successivement d'ophtalmie purulente et d'arthrites à épanchement, lesquels épanchements contenaient du gonocoque avéré. Höch renouvela plusieurs fois ses différents examens, et il fait remarquer la tendance du gonocoque à la raréfaction et même à la disparition à mesure que vieillissait l'affection.

Finger, Gohn et Schlagenhaufer publièrent, en 1894, un cas bien curieux. Il s'agissait d'un enfant qui dix jours après sa naissance présenta une ophtalmie purulente et des arthrites multiples, du genou, du cou-de-pied, de

(1) M. Sée. Thèse de Paris, 1896.

l'articulation temporo-maxillaire, ainsi que diverses autres manifestations d'infection. Il mourut bientôt d'un phlegmon du cou. On fit l'autopsie précoce et l'on ensemença le pus des différents foyers. Pour le phlegmon du cou, l'arthrite temporo-maxillaire et le sang pris au niveau de l'oreille, on trouva du streptocoque pur. Le pus d'une périchondrite costale contenait du gonocoque pur. Quant à l'épanchement du genou, il fournit un mélange de gonocoque et de streptocoque.

Neisser (cité par M. Sée) trouve dans une arthrite du cou-de-pied des diplocoques qui ont tous les caractères du gonocoque et poussent très bien sur agar glycériné.

Ici se place un des rares faits où l'inoculation soit venue confirmer l'examen microscopique et le résultat des cultures. Il appartient à Bordonni. On en trouve l'observation très détaillée dans la thèse de M. Sée. Il s'agit d'une arthrite du cou-de-pied dont le pus examiné sur lamelles contenait des gonocoques. On ensemença sur le milieu de Wertheim et l'on obtint de belles colonies de gonocoque pur. On poussa plus loin; l'inoculation de ces cultures fut pratiquée chez un jeune homme robuste et sain dont les derniers rapports sexuels remontaient à quatre mois, et qui de ce fait devint propriétaire d'une magnifique uréthrite spécifique. Le produit en fut ensemencé et donna naissance à de petites colonies demi-transparentes de gonocoque pur. Les milieux ordinaires ne donnèrent aucun résultat.

Manley (*American Journal of medical Sciences,* juillet 1894) rapporte dix cas d'arthrites blennorrhagiques dont quelques-uns furent examinés bactériologiquement.

C'étaient les moins graves, et ils donnèrent du gonocoque.

Burci et Respigghi ayant examiné le liquide louche d'une arthrite n'y trouvèrent pas de micro-organismes. On en fit cependant des cultures sur agar-glycériné, mais sans succès. Quelques jours plus tard l'articulation fut ouverte et une parcelle de la synoviale ensemencée. Résultat : colonies de gonocoque pur.

Les observations publiées par Hewes dans le *Boston medical and surgical Journal* (1894) sont très précieuses. Il a examiné le sang de quatre blennorrhagiens et l'un de ces examens lui a fourni du gonocoque absolument authentique. Voici du reste résumée l'histoire de son malade.

Il le vit pour la première fois le 14 mars, à ce moment en pleine puissance de blennorrhagie et présentant tous les signes d'une infection généralisée. Plusieurs jointures furent successivement envahies. L'examen plusieurs fois répété de son sang donna constamment les mêmes résultats. Chaque fois, il trouva un diplocoque cultivant bien sur un milieu spécial favorable au gonocoque et ce microorganisme ne poussa pas sur la gélose ou la gélatine, et se comportait vis-à-vis des colorants exactement comme le microbe de Neisser. Les colonies blanchâtres réensemencées un jour après leur apparition se reproduisirent très bien, mais devinrent stériles quelques jours après. Les mêmes examens du sang pratiqués les 20 et 24 mars donnèrent des résultats identiques. Vers le 1er avril, toute trace d'infection disparut.

Au mois d'août suivant, Hewes examina cinq nouveaux cas dont deux furent concluants. Le premier le fut parti-

culièrement. Il est comparable à celui de Bordonni par le contrôle de l'inoculation qui fut ici pratiquée sur une chienne et donna des résultats positifs. Le malade présentait une uréthrite intense et une polyarthrite qui éclata, paraît-il, à l'occasion d'un traumatisme, un coup de pied de mule qui le renversa violemment. Ici encore infection générale intense. On ensemence le sang sur la gélatine de Truro et l'on voit s'y former au bout de trois jours des colonies blanc jaunâtre, sans grande tendance à s'accroître, qui ne donnèrent aucun résultat par le passage sur d'autres milieux, mais se reproduisirent parfaitement sur le même. Ces colonies étaient formées de diplocoques. On refit des cultures du sang le 25 et le 30 août, le 4, le 8 et 20 septembre et, à l'exception de la dernière tentative, toutes donnèrent les mêmes résultats. Les colonies du 30 août furent même reproduites jusqu'à quatre fois et la dernière génération inoculée à une chienne produisit une vaginite à gonocoques. L'expérience fut répétée chez un autre sujet avec d'autres cultures et le résultat fut le même.

Enfin, dernier fait de cette longue série, rapporté par Griffon (1). Une petite fille fut atteinte presque simultanément d'une vulvo-vaginite, d'une conjonctivite grave des deux yeux et d'une double arthrite suppurée du poignet et de la hanche. On fit l'examen des divers liquides pathologiques et l'on trouva :

Dans le pus vaginal. — Du gonocoque, d'autres diplocoques et des bâtonnets prenant le Gram.

(1) Griffon, *Presse médicale*, 19 février 1896.

Dans le pus oculaire. — Du gonocoque pur sur lamelles et par les cultures, du staphylocoque blanc et des bacilles prenant le Gram.

Dans le pus de la hanche. — Du staphylocoque blanc qui poussa sur gélose additionnée de liquide ascitique.

Il y eut un « post-mortem » qui permit de trouver dans le pus du poignet du gonocoque, mais à la culture on ne trouva plus que du staphylocoque blanc et quelques bâtonnets de même nature que ceux de l'œil et du vagin. Le liquide de la hanche fournit exactement les mêmes résultats.

A cette longue énumération des cas où l'existence du gonocoque en tant qu'agent infectieux a paru incontestable ou tout au moins fort probable, on pourrait opposer un grand nombre d'exemples où des résultats négatifs furent obtenus par les observateurs. Nous avons déjà mentionné les cas de M. le professeur Dieulafoy et M. Widal, ceux de M. le professeur Guyon et M. Janet. On pourrait y ajouter les sept cas sans résultats de Hewes observés pourtant dans des conditions absolument identiques à celles de ses cas heureux, les quatre examens infructueux de Jacquet et nombre d'autres.

Mais il est un autre genre de faits plus en harmonie avec les observations que nous présentons dans cette thèse. Ces faits nous paraissent répondre assez bien à l'idée pathogénique que l'on peut se faire de certaines arthrites aiguës blennorrhagiques. Nous voulons parler des cas où l'on a trouvé les microbes de la suppuration dans le liquide des épanchements. Ils sont nombreux et bien établis. Nous nous contenterons d'en citer quelques

uns en y ajoutant un mot des résultats obtenus chez nos malades.

Nous trouvons dans la thèse de Raynaud (1) l'histoire d'une suppuration périarticulaire extrêmement curieuse. Deux abcès apparaissent chez un malade en puissance de blennorrhagie, le premier à la face interne du genou, l'autre à la face externe ; l'articulation elle-même paraissait indemne. Dans l'un on trouve du gonocoque, dans l'autre, incisé quelques jours plus tard, on ne décèle que des cocci et des diplocoques absolument différents du mi- de Neisser.

Si nous nous reportons aux cas de Finger, Gohn et Schlagenhaufer, cité plus haut, nous trouvons l'infection mixte (gonocoque et streptocoque) dans une arthrite du genou et du streptocoque pur dans celle de l'articulation crobe temporo-maxillaire.

Cinq des malades de M. Delbet ont été l'objet d'une analyse bactériologique. Les ensemencements ont été faits sur bouillon additionné d'une certaine quantité de liquide articulaire, Aucune culture n'a donné bien entendu de gonocoque, puisque ce microbe ne pousse que sur milieux spéciaux tels que sérum et gélose, agar glycériné, ou encore gélose additionnée de quelques gouttes de sang. Le premier de ces examens (voyez obs. III) n'a rien donné. Le second (voyez obs. V) a donné des cultures qui contenaient des microcoques en petits amas ou isolés. Réensemencées sur gélose, ces cultures ne se sont pas reproduites. Pour le malade de l'observation VI,

(1) Raynaud. Paris, 1895.

M. André Claisse, à qui nous sommes redevable d'une bonne partie de ces recherches, a trouvé des cocci en amas et en diplocoques. Sur gélose additionnée de sang, ils formèrent des colonies blanchâtres en nappe. Sur les lamelles faites avec ces colonies, on trouva des cocci et quelques chaînettes, le tout parsemé de rares diplocoques.

Le quatrième malade (voyez obs. VII) fournit des cultures de staphylocoque blanc. Quant au cinquième (obs. VIII), l'examen bactériologique en fut douteux. On réussit à trouver sur les lamelles faites avec le liquide articulaire, quelques rares cocci. Les cultures sur bouillon reproduisirent à peu près les mêmes microbes, mais ceux-ci n'eurent qu'une vitalité passagère. Cela fait donc deux examens négatifs, et trois qui ont démontré la présence dans les liquides examinés de microbes autres que le gonocoque. Faut-il conclure que celui-ci n'y était pas. Pas le moins du monde, attendu que l'examen de ces liquides a été fait à une période avancée de l'affection, et l'on sait que le gonocoque vit très peu de temps dans les articulations. De plus, en supposant qu'il existât dans ces épanchements, il n'aurait pas pu cultiver sur les milieux qu'on lui offrait.

Donc il est impossible de nier qu'il ait eu ici une influence quelconque. En tous cas, il faut admettre qu'il aurait partagé la place et travaillé de concert avec d'autres micro-organismes.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

On glisse assez volontiers sur l'anatomie pathologique de l'arthrite aiguë blennorrhagique, et la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question en ont un peu négligé ce côté. La chose s'explique, du reste, par la rareté des autopsies que l'affection, presque jamais suivie d'issue fatale, n'a pas permis de collectionner. Cependant on connaît depuis longtemps certains détails, que l'intervention sanglante a permis de contrôler, comme l'état de la synoviale et des surfaces articulaires.

Quelques particularités de nos observations nous ont paru propres à ajouter aux descriptions classiques, surtout quant à ce qui regarde la nature de l'ankylose, résultat trop fréquent des arthrites qui nous occupent.

Le liquide de l'épanchement a été l'objet d'analyses nombreuses et soignées. M. le professeur Laboulbène notamment, présentait à l'Académie de médecine, en 1872, une analyse comparative des liquides de trois épanchements, l'un fourni par un malade atteint de polyarthrite aiguë rhumatismale, le second puisé dans une articulation traumatisée et en proie à une phlegmasie consécutive, le troisième produit par une arthrite blennorrhagique du genou.

1° *Dans le premier cas*, il trouva un mélange de synovie et d'un liquide séro-fibrineux, dû à l'inflammation rhumatismale et ne différant du liquide pleurétique que par la *mucine* en plus.

2° L'arthrite traumatique lui fournit un liquide louche, purulent, contenant de nombreux globules de pus et des amas de leucocytes agglomérés en dépôt granuleux, semblables à des grains de riz cuit.

3° Dans l'articulation envahie par l'arthrite blennorrhagique, il recueillit un liquide jaune assez foncé, constitué par de la sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente. Pas trace de mucus. En outre, on y voyait de nombreux globules de pus.

En ce qui nous concerne, nous avons vu le liquide des arthrites traitées sous nos yeux présenter les caractères suivants : d'un jaune citron plus ou moins foncé, séreux et filant, dans la plupart des cas franchement purulent, il nous est apparu quelquefois teinté de sang, notamment chez le malade de l'observation VIII, la première ponction donna un liquide rougeâtre dans lequel l'examen histologique montra des globules rouges et des leucocytes en grand nombre. L'état bourgeonnant de la séreuse, la dilatation et la mince paroi des vaisseaux constatée par le microscope, peut rendre compte de ce cas particulier.

La quantité du liquide est variable avec les formes de l'affection. Là où domine le gonflement périarticulaire, l'épanchement est en général minime. Mais si la cavité articulaire elle-même est surtout envahie par le processus inflammatoire, cet épanchement peut atteindre

un développement considérable. Chez le malade de l'observation VIII, la ponction donna au moins 60 gr. de liquide et l'arthrotomie, le surlendemain, débarrassa l'article d'une quantité encore plus considérable.

En quel état trouve-t-on la séreuse qui peut fournir tout ce liquide? L'arthrotomie pratiquée depuis quelques années contre l'arthrite blennorrhagique a permis de saisir les lésions dans leurs différents stades. Au début, il existe une simple hyperhémie avec un léger épaississement. Plus tard et si la phlegmasie s'accentue, on trouve la synoviale fortement épaissie, rougeâtre, d'apparence charnue, granuleuse, quelquefois même tomenteuse. Elle présente parfois l'aspect de la muqueuse intestinale. Elle peut être recouverte d'un exsudat fibrineux plus ou moins adhérent, parfois si fortement attaché à la face profonde de la séreuse, qu'il faut gratter avec l'ongle pour l'en séparer. Au moment de l'incision, quelquefois seulement sous l'effet du lavage de l'articulation, on voit sortir une sorte de couenne jaune verdâtre, fibrineuse, très cohérente, gardant la forme du cul-de-sac sous-tricipital sur lequel elle est complètement moulée. On ne l'a pas toujours rencontrée, mais il serait impossible, quand elle existe, de la faire sortir par la ponction, si gros qu'on choisisse le trocart. Les coupes de la membrane séreuse transformée sont intéressantes, surtout au point de vue infection. En effet, c'est dans la synoviale qu'on a trouvé les germes pathogènes en plus grand nombre et ce sont les ensemencements de parcelles de la séreuse qui ont donné les résultats les plus probants. Mais néanmoins, la synoviale, sous le microscope, offre quelques détails

histologiques intéressants. « Du côté de la cavité articulaire, on trouve une couche de globules de pus, en partie emprisonnés dans un réseau fibrineux; plus en dehors, seconde couche où l'on trouve de rares leucocytes encore intacts, mais des noyaux en grand nombre, provenant de la destruction des globules blancs; en allant toujours vers la peau, on voit une couche de granulations qui se continue progressivement avec le tissu conjonctif normal (1). »

Des coupes de la synoviale du malade de l'observation VIII, et que nous devons à l'obligeance de M. André Claisse, interne du service de M. Nicaise, nous ont permis de constater les lésions suivantes : Le côté de la coupe représentant la face libre de la synoviale est constitué par trois ou quatre rangées de cellules aplaties à noyaux allongés. Cette première couche repose sur un tissu conjonctif en faisceaux d'une trame serrée avec de nombreuses fibres élastiques, le tout parsemé de quelques cellules conjonctives. En certains points nombreux et sur une étendue variable, on aperçoit des cellules rondes, embryonnaires, formant de véritables amas. Dans ces parages, on constate la présence de nombreux leucocytes situés dans les mailles du tissu conjonctif. Dans la profondeur de celui-ci on retrouve encore les mêmes cellules embryonnaires en nombre exagéré. Les vaisseaux sont partout nombreux et presque tous ont une paroi amincie et sont très dilatés. Leur lumière est encombrée par les globules rouges. Ceux-ci ont fait çà et là irruption

(1) Raynaud. Th. Paris, 1895.

dans des espaces lacunaires constituant de véritables lacs de sang extravasé. La généralisation de ces épanchements extra-vasculaires peut nous faire penser qu'il s'agit bien là d'un processus pathologique et non pas d'une faute de technique. Trois coupes diversement colorées présentent exactement le même aspect.

Quel est pendant ce temps l'état des surfaces articulaires. Le cartilage dépoli, blanc grisâtre, parfois tout à fait gris, n'est certainement pas à l'abri du processus inflammatoire. La description que nous donnons plus loin de pièces fournies par une résection du coude pour arthrite blennorrhagique ankylosante, permet de croire que les lésions profondes de la synoviale sont aussi le partage du cartilage. Mais tout ne finit pas en ce point.

Pour peu que l'arthrite soit grave et prolongée les extrémités osseuses prennent part à l'inflammation. Lasègue et son élève Diday avaient signalé le gonflement des épiphyses voisines de l'articulation envahie. Bouilly l'a aussi constaté plusieurs fois.

D'après ces auteurs, il se produirait à ce niveau une ostéite condensante dont l'évolution lente et la tardive disparition rendraient compte de la déformation persistant même après la disparition des accidents inflammatoires.

Quelle peut être la suite de ce processus inflammatoire compliqué ? Nous verrons plus loin que la résolution s'établit dans un certain nombre de cas, et avec elle disparaît sans doute toute trace d'altération. En tous cas, ce qu'il en peut rester échappe à l'investigation. Mais nous savons aussi que l'ankylose guette un grand nombre d'arthrites blennorrhagiques. Que se passe-t-il alors et

sous l'influence de quel processus pathologique s'établissent les raideurs, et la suppression partielle ou totale des mouvements. On invoque là rétraction de l'appareil ligamenteux, la formation de brides fibreuses qui s'établissent tout autour de l'article. Il s'est même trouvé un chirurgien anglais, Brodhurst, pour tenter de vaincre l'ankylose par la section sous-cutanée des brides. L'existence de ces brides est incontestable. Mais, il nous semble qu'on a trop oublié une façon d'être de l'ankylose blennorrhagique, celle qui s'établit grâce à une véritable soudure des extrémités osseuses, signalée du reste par Gosselin et dont nous avons pu nous rendre compte dans deux cas particuliers. Les deux malades dont les observations suivent furent opérées par M. Delbet dans le service de M. Nicaise. L'ankylose complète du coude nécessita chez elles une résection, laquelle nous a fourni l'occasion de voir de près la nature des lésions. Voici du reste les deux observations suivies de la description des pièces enlevées :

Observation I (M. Pierre Delbet).

Henriette M..., 18 ans, domestique, présente en avril 1895 une vaginite et une uréthrite blennorrhagiques. Au mois de mai suivant, elle ressent quelques douleurs au coude droit qui devient gonflé et dont les mouvements se limitent peu à peu. La température locale est augmentée et les douleurs deviennent assez fortes pour qu'un médecin consulté ordonne du salicylate de soude. La malade entre à Laënnec dans le service de M. le professeur Landouzy, le 10 juillet 1895. On la traite sans résultat par des pointes de feu, etc. On la fait passer en

chirurgie dans le service de M. Nicaise où l'on constate l'état suivant : Peu de douleurs spontanées, à l'exception de certaines petites crises passagères, mais dès qu'on imprime quelques mouvements, il apparaît une douleur violente dans tout l'article. Le coude est ankylosé dans une mauvaise position, la malade ne pouvant porter la main ni à sa bouche, ni même au front. L'augmentation de volume est manifeste et la peau est rouge, enflammée. Élévation de température locale, considérable. Tout mouvement est impossible. L'ankylose produite par l'arthrite blennorrhagique se maintient malgré des efforts persévérants de mobilisation et, finalement, les troubles inflammatoires s'étant calmés vers le mois de novembre, M. Delbet fit la résection du coude.

Les pièces enlevées présentaient l'aspect que voici : L'augmentation de volume des extrémités ne doit pas être ici bien considérable. L'ostéite condensante de Lasègue ne peut pas être constatée. Le tissu compact est aminci par places, et le tissu spongieux présente un aspect jaunâtre assez banal. Voilà pour la portion extra-capsulaire. Quant aux surfaces articulaires, elles ont subi des modifications prononcées. Le cartilage est intact sur une bonne partie de sa surface, notamment sur les trois quarts postérieurs de la trochlée et du condyle. Mais à la partie antérieure de celui-ci et sur l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, la substance osseuse en est totalement dépouillée. De plus, la lamelle de tissu compact est disparue, laissant à sa place une petite excavation ayant pour fond le tissu spongieux. Nous retrouverons cette parcelle d'os fixée à la cupule radiale au profit de laquelle s'est faite la rupture opératoire de l'ankylose. Du côté de la trochlée, même disparition du cartilage et

nouvelle excavation qui laisse à nu le tissu spongieux. Mais cette fois la perte de substance s'est partagée entre l'humérus et le cubitus. En effet, le sommet de l'apophyse coronoïde est resté fixé à la trochlée. L'épicondyle et l'épitrochlée sont peu touchés. Cependant la coque osseuse est légèrement ramollie à la partie postéro-inférieure de l'épitrochlée.

Du côté des os de l'avant-bras on retrouve les lésions complémentaires en quelque sorte des précédentes. Des portions d'os détachées violemment de l'humérus sont restées fixées, qui à la capsule radiale, qui à l'encoche olécrânienne. Le cartilage de celle-ci est partiellement érodé. Le sommet de l'olécrâne et une partie de sa masse sont en pleine évolution d'ostéite raréfiante. En résumé, l'ankylose était due à la soudure des extrémités osseuses dont les points de contact avaient subi des modifications profondes. La prolongation des phénomènes inflammatoires trouve une explication toute rationnelle dans les tentatives de mobilisation, dont chacune était suivie d'un réveil inflammatoire.

Observation II

Résection du coude pour ankylose blennorrhagique, faite par M. Pierre Delbet.

Jeanne Ass..., 17 ans, domestique, sans antécédents héréditaires et ayant joui jusqu'à ce moment d'une santé excellente. contracta, il y a trois mois, une blennorrhagie qui fut suivie, quinze jours après, de l'apparition d'une douleur sourde au genou gauche. Le surlendemain cette douleur disparut, mais la malade constata en revanche qu'elle souffrait de plusieurs

articulations. Après un répit de quelques jours, le coude droit fut pris à son tour, mais cette fois sérieusement. La douleur devint bientôt intolérable. Le gonflement, très rapidement, envahit la plus grande partie du membre, surtout accentué au niveau du coude. Les mouvements deviennent impossibles, à cause de la douleur extrême qu'ils provoquent.

La malade entre à Lariboisière dans un service de médecine. On lui fait le traitement habituel. L'immobilisation la soulage pendant un jour ou deux, mais la phase douloureuse reprend aussitôt. Le salicylate de soude ne produit aucun résultat. En chirurgie, où on la fait passer, on se contente de l'immobiliser dans une gouttière métallique. L'ankylose à ce moment était déjà fortement établie. La révulsion sous forme de pointes de feu fit disparaître à peu près complètement les phénomènes inflammatoires. Mais les massages prolongés et les tentatives de mobilisation n'empêchèrent pas l'ankylose d'augmenter.

Bref, la malade sort de Lariboisière et, quatre jours après, entre dans le service de M. Delbet. L'avant-bras est fléchi sous un angle un peu obtus. Aucun mouvement d'extension ni de flexion ne persiste. La pronation et la supination sont également supprimées. Le coude est gonflé et présente un aspect cylindrique. La peau est d'une coloration normale et les phénomènes douloureux ont disparu. C'est à peine si en un point limité, au niveau de l'épitrochlée, on éveille en pressant une légère sensibilité. La malade est donc en excellente condition pour subir la résection. On l'opère, le 4 juin, et voici dans quel état se présentaient les pièces enlevées.

Lourdes et très denses, les portions osseuses enlevées présentent, au niveau du trait de scie, un épaississement de la lame de tissu compact, la partie spongieuse étant de son côté très résistante. Le périoste est fortement épaissi, adhérent par sa face profonde à une couche

osseuse de nouvelle formation, interposée entre la lame de tissu compact et cette face profonde.

On remarque cette disposition surtout à la face antérieure de l'épitrochlée. Les surfaces articulaires offrent à étudier quelques détails intéressants.

Condyle.— Le cartilage est disparu dans une partie de la surface articulaire, très aminci dans ce qu'il en reste, amincissement et disparition qui dessinent exactement l'empreinte de la cupule du radius. Vers la partie moyenne s'était produite une soudure des deux os. Cette soudure s'est rompue au moment où l'on a dû fléchir fortement l'avant-bras pour faire saillir les parties à scier, et une parcelle du radius est restée fixée au condyle huméral.

Sur la *trochlée*, les lésions sont encore plus prononcées et comme étendue et comme profondeur. Vers la partie antérieure de la poulie et sur son bord externe, soudure des deux os et rupture aux dépens du cubitus. Sur la portion interne de la trochlée, on remarque une large perte de substance de 2 centim. de longueur et 1 centim. de largeur. La substance spongieuse à ce niveau est raréfiée, ses lacunes sont agrandies et leurs parois amincies et fragiles. Quant au cartilage, tout ce qu'il en reste est mince, érodé, tout prêt à disparaître pour faire place à l'envahissement de l'ankylose. Il présente, çà et là, une coloration violacée.

Les lésions du côté de l'avant-bras sont tout aussi prononcées. La *tête radiale* est nettement augmentée de volume. Mêmes lésions d'ostéite que celles constatées sur l'humérus. Le cartilage de la cupule radiale et du pour-

tour de celle-ci présente les mêmes lésions que plus haut. Il en reste à peine trace. Au centre de la cupule on remarque un morceau de condyle avec, à côté, une dépression correspondant à la parcelle d'os fixée à l'humérus.

L'*olécrâne* a souffert plus que tout le reste. Voyons d'abord la grande cavité sigmoïde. Ce qui reste du cartilage est aminci et érodé. Vers la portion externe et antérieure de l'encoche, on trouve la substance spongieuse mise à nu, le tissu compact étant resté fixé à la trochlée. Au contraire, sur la portion interne de la cavité, c'est un morceau de l'humérus que nous trouvons solidement attaché, si solidement, qu'il nous est impossible, sans le briser, de le détacher à l'aide d'une pince. On peut juger de l'effet produit sur de pareilles lésions par la mobilisation. Le sommet de l'apophyse coronoïde semble atteint d'ostéite raréfiante. Quant à l'olécrâne, il est le siège de lésions de même nature que celles décrites plus haut. Périoste épaissi, avec interposition de tissu osseux de nouvelle formation entre sa face profonde et le tissu compact. Quelques parcelles de cette couche osseuse enlevées avec le périoste, donnent à l'olécrâne un aspect hérissé et rugueux.

Le point le plus intéressant de ces descriptions, c'est le prompt établissement de l'ankylose et la solidité de la soudure articulaire, soudure qui paraît due à la disparition du cartilage, probablement remplacé par les courts tractus fibreux dont parle Gosselin. Ceux-ci n'ont sans doute qu'une existence passagère et sont tôt ou tard envahis par l'ossification. M. Thiéry parle d'un cas où, pratiquant la résection du coude pour une ankylose d'ori-

gine blennorrhagique, il eut véritablement à sculpter avec la gouge et le maillet pour enlever une portion de l'article.

Quoi qu'il en soit, de nature fibreuse ou réellement osseuse, cette ankylose est vraiment tenace et les moyens ordinaires doivent nécessairement échouer contre elle.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Nous n'allons, bien entendu, envisager dans ce chapitre que les formes bien caractérisées d'arthrite aiguë blennorrhagique. La simple arthralgie et l'hydarthrose n'ont rien qui doive nous arrêter. Des différences bien tranchées au double point de vue de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique existent entre ces affections à peine liées par leur origine pathogénique et leur point de départ, et, si l'arthrite aiguë peut être parfois le second stade des deux premières formes, une fois bien établie, elle ne peut plus être confondue avec ses deux voisines.

Il ne faudra pas non plus la confondre avec le rhumatisme blennorrhagique dans sa forme aiguë, celle que M. Brun décrivait en ces termes : « Il se caractérise par le développement d'arthrites quelquefois uniques, le plus souvent multiples ; mais moins nombreuses et moins mobiles que celles qui se développent sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu. Lorsqu'elle est unique, cette arthrite peut s'accompagner de symptômes assez violents pour simuler au début une véritable arthrite traumatique. Mais ces symptômes aigus ne tardent pas à s'amender et à prendre une allure

plus modérée au bout de quelques jours. » Plus loin il ajoute : « Si rien ne nous paraît plus rationnel que d'admettre et de décrire une forme hydrarthrose et une forme rhumatismale, il ne nous semble pas moins indispensable de distraire de cette dernière forme les cas où la complication de la chaudepisse revêt toutes les allures de l'arthrite la plus aiguë. »

Sous quel aspect donc et avec quel cortège de symptômes se présentent ces cas, voilà ce que nous allons essayer de décrire. Nous empruntons à M. Brun sa division en faisant ressortir quant aux détails quelques points que M. Delbet a bien voulu nous signaler.

Période d'invasion. — Avant de prendre la grande allure qui la distingue, l'arthrite aiguë blennorrhagique passe par une période moins bruyante, en général assez courte, mais durant parfois quelques jours et même jusqu'à une semaine. L'un de nos malades n'est sorti de cette période qu'au bout de huit jours, à telles enseignes qu'on avait espéré pour lui la terminaison rapide d'un rhumatisme blennorrhagique simple et sans grand fracas. Au cours de cette première période les malades se plaignent seulement de souffrir dans quelques articulations. Ce sont des douleurs vagues, d'une mobilité étonnante, n'entraînant la plupart du temps aucune gêne fonctionnelle, spontanées et difficiles à provoquer, bref de véritables douleurs d'arthralgie. Et avec cela pas la moindre altération ni du côté de la peau, ni du côté des tissus sous-jacents, non plus que dans l'articulation elle-même. Cela dure un jour ou deux, quelquefois plus. Telle est la

période d'invasion. Il ne faudrait pas la croire indispensable et inévitable. On voit souvent en effet des malades entrer de plain-pied dans les manifestations violentes qui constituent la période d'état.

Période d'état. — C'est souvent au milieu de la nuit que surviennent les phénomènes de la seconde période. Les malades qui se sont endormis, faisant plus ou moins bon ménage avec leurs douleurs vagues, sont brusquement éveillés par une souffrance intolérable, déjà accompagnée d'un gonflement manifeste et suivie de près par le troisième grand symptôme, l'impotence fonctionnelle. La douleur du rhumatisme blennorrhagique finit toujours par se calmer, dit M. le professeur Fournier, grâce au repos. Mais dans l'arthrite aiguë proprement dite, excessive, remarquablement violente, elle est bien légèrement influencée par le repos. C'est la douleur atroce, comme l'appelait Swediaur. Jusqu'à l'application d'un traitement approprié, elle persiste avec la même intensité, procédant par exacerbations et accalmies, prédominant surtout la nuit, spontanée mais s'exagérant au moindre mouvement et privant les malades de tout sommeil, en vertu de l'impossibilité pour eux d'immobiliser leur jointure en dormant.

Elle s'exagère par les mouvements, disons-nous. Il est facile de s'en rendre compte auprès des malheureux qui geignent et se lamentent dès qu'on les touche. Veut-on apprécier le jeu de l'articulation, ce sont cris et pleurs même chez les gaillards les plus robustes, témoin notre malade de l'observation VI. Du reste, les mouvements sont déjà en partie supprimés par l'infaillible et banale

contracture musculaire défensive.

Le doigt porté sur toute la région permet de reconnaître comme point maximum de la douleur l'interligne articulaire. Sur cet interligne se trouvent des points d'élection variables pour chaque jointure (Brun). Au poignet, ce sont les sommets des apophyses. Au coude, ce sont aussi les parties latérales de l'interligne. La coulisse bicipitale et le sommet du creux axillaire sont à l'épaule les deux points maximum. Nous avons cru remarquer au genou la mobilité de ces points douloureux. C'est cependant encore sur les parties latérales qu'on les trouve le plus souvent. En somme, ces points d'élection existeraient dans les portions de l'interligne le moins protégées par les parties molles et par conséquent le plus accessibles au doigt explorateur.

La *tuméfaction* suit de près l'apparition de la douleur. A peine quelques heures séparent-elles le début de ces deux symptômes. Bien rarement le phénomène douleur peut cependant précéder le gonflement de quelques jours. Il est, la plupart du temps, difficile de se rendre compte du point de départ de l'enflure puisque les malades nous arrivent avec un article complètement envahi. Cependant, on a remarqué que le gonflement débutait au niveau de l'interligne articulaire. Mais il déborde bientôt au-dessus et au-dessous et sa tendance à diffuser est extrême. Néanmoins, il se plaît davantage en certaines parties des articulations et l'on a fait remarquer avec justesse que la face dorsale des membres était plus hâtivement et plus complètement envahie. La face palmaire et les faces latérales suivent de près et l'on se trouve

alors en présence d'une jointure presque cylindrique. Il est vrai d'ajouter que dans certaines formes, au début tout au moins, la déformation affecte une autre apparence. En effet, dans certaines arthrites aiguës du genou à grand épanchement primitif suivi plus tardivement de gonflement périarticulaire, la déformation de l'article est un peu spéciale. La partie du genou située au-dessous de la rotule est au début peu touchée. Quant à celle-ci, elle apparaît coiffée en quelque sorte par l'énorme bourrelet en fer à cheval que dessinent au-dessus d'elle les culs-de-sac de la synoviale distendus par l'épanchement. C'est la disposition observée chez les malades des observations VII et VIII.

L'articulation du coude semble se prêter avec une complaisance particulière au développement de l'œdème périarticulaire, et on l'a vu atteindre en haut jusqu'au tiers supérieur du bras pendant qu'il envahissait en bas les deux tiers inférieurs de l'avant-bras.

On s'est demandé de quels éléments était faite la tuméfaction. Le liquide articulaire d'une part, l'œdème périarticulaire de l'autre en sont les deux éléments primitifs. Plus tard viendra s'y ajouter une troisième cause laquelle maintiendra la déformation même après la disparition des deux autres. Nous voulons parler de l'augmentation des extrémités osseuses signalée par Lasègue, Gosselin, admise par Bouilly. Cette troisième cause peut nous donner l'explication de ces jointures à forme bizarre qui persiste même après guérison complète.

Nous avons invoqué comme cause du gonflement,

l'épanchement intra-articulaire. M. Brun paraît vouloir le mettre tout à fait hors cause. Le liquide articulaire n'y est pour rien, dit-il. On n'en trouve que peu,. ou même pas du tout, comme nous l'assure l'absence du choc rotulien ou tout au moins sa faible intensité.

Il nous semble nécessaire de faire ici deux parts aux arthrites aiguës blennorrhagiques, celle qui revient à ce que M. Delbet appellerait volontiers « la forme sèche » (avec peu de liquide et un gonflement périarticulaire prononcé), et la forme à grand épanchement. Même dans cette forme les tissus périarticulaires prendront leur part de la phlegmasie, mais d'une façon secondaire et plus tardivement. L'une comme l'autre forme du reste se caractérisent par les symptômes violents, douleur et autres, dont l'apparition et la durée ne laissent aucun doute sur la nature aiguë de l'arthrite.

Quant au rôle de l'œdème périarticulaire dans la tuméfaction des « formes sèches », il nous paraît incontestable. Cet œdème est en général dur, garde, sous forme de godets, l'empreinte du doigt, rend impossibles les plis de la peau et s'étend quelquefois très au loin.

L'augmentation de volume des épiphyses est, dit-on, facile à constater par une palpation profonde. Nous ne l'avons jamais sentie bien nettement. Mais notre excuse repose sur ce fait qu'il est bien difficile, à travers les parties molles tuméfiées à ce point, de faire la part du gonflement osseux.

En résumé, nous croyons pouvoir invoquer comme cause de la *tuméfaction* les trois éléments suivants : l'épanchement, l'œdème périarticulaire et enfin l'augmen-

tation de volume des extrémités osseuses. Selon la forme de l'arthrite, la première ou la seconde de ces causes prédomine, la troisième survenant presqu'infailliblement pour compléter l'œuvre des deux premières.

La peau est-elle touchée par le processus inflammatoire? Présente-t-elle des modifications quelconques? Elle est le plus souvent indemne. Cependant au niveau des petites articulations, où son voisinage avec les parties malades est immédiat, ou encore dans certaines formes très aiguës et pour les articulations telles que le poignet et le coude, elle peut prendre une coloration rosée ou même tout à fait rouge, au point de faire croire à une affection phlegmoneuse de la région. Pour les grandes jointures, comme l'épaule ou le genou, il est rare d'observer de telles modifications des téguments, à moins que l'arthrite ne s'y complique d'inflammation des bourses séreuses et des synoviales tendineuses du voisinage. L'état plus superficiel de ces parties explique alors la rougeur de la peau que les phénomènes inflammatoires profonds de l'arthrite proprement dite n'ont guère pu influencer.

La température locale, le fait est constant, présente une élévation considérable ; l'apparition et surtout l'augmentation précipitée de ce symptôme est un élément de diagnostic précieux au point de vue du diagnostic de l'arthrite aiguë. Une jointure est prise depuis quelques jours chez un blennorrhagien ; elle offre les signes ordinaires de l'affection ; la température locale jusqu'alors peu prononcée s'élève vivement. On peut

presque à coup sûr annoncer une arthrite aiguë. C'est le cas de notre malade de l'observation VIII.

On a constaté parfois l'existence d'une fausse fluctuation capable d'en imposer au premier abord et ayant, paraît-il, amené des chirurgiens à traiter le gonflement comme une collection purulente.

Disons un mot des symptômes fonctionnels et des réactions générales de l'arthrite aiguë. Les premiers sont de beaucoup les plus prononcés. Ils consistent dans la suppression plus ou moins complète et toujours très rapide des mouvements, puis, par la suite, dans l'apparition assez fréquente de mouvements anormaux.

Dans leur immobilisation, les différentes jointures affectionnent des attitudes particulières. Au poignet, la rectitude, au coude, la demi-flexion et la demi-pronation. Le genou avec moins de constance et plus de variété, présente fréquemment l'attitude suivante : flexion plus ou moins prononcée de l'article malade avec extension du pied. Mais il n'existe pas de règle absolue, ces différentes attitudes étant très variables, sans qu'on puisse en déterminer la cause.

Quels sont les agents de cette immobilisation ? Les muscles tout d'abord, contracturés et faisant leur œuvre de défense. Plus tard, l'ankylose s'en mêlera et rendra plus ou moins définitive la suppression des mouvements physiologiques, mais il est un autre élément de cette immobilisation de tout un membre, élément que nous aurions pu décrire avec les premiers symptômes, car il ne se laisse guère distancer par eux. En effet, l'atrophie musculaire envahit promptement les muscles du voisi-

nage. En quelques jours ceux-ci perdent toute tonicité, ils deviennent mous, affaissés, et les mensurations comparatives affirment leur déchéance. Bien longtemps après la disparition de la douleur et de l'inflammation, ils gardent l'empreinte de cette déchéance, qui empêcherait tout mouvement spontané même en l'absence d'ankylose. Cet état de choses donne aux malades une sensation particulière ; il leur semble que leur membre est devenu extrêmement lourd. Détail intéressant, même lorsque par les massages, l'électrisation, les bains sulfureux, on a réussi à rendre aux patients l'usage de leur membre, on n'en constate pas moins la persistance de l'atrophie musculaire.

Quant aux mouvements anormaux de latéralité et d'hyperextension, ils sont moins que fréquents fort heureusement. Gosselin en avait fourni une explication assez ingénieuse. Pour lui, ce serait non pas le relâchement de l'appareil ligamenteux qu'il faudrait incriminer, mais la fonte et la disparition des cartilages, au genou en particulier, des cartilages semi-lunaires. Ce que nous avons vu plus haut de l'anatomie pathologique nous porte à accepter volontiers cette explication.

Les symptômes généraux sont-ils à la hauteur de tout ce que nous venons de voir au sujet de l'état local ? M. le professeur Fournier a fait remarquer l'absence d'équilibre entre ces deux ordres de fait. Pour lui, la réaction générale serait à peu près nulle. Mais il semble que l'éminent clinicien a eu surtout en vue les manifestations du rhumatisme blennorrhagique subaigu. Dans l'arthrite aiguë, l'état général des malades répond pres-

que toujours à leur état local. Ils sont pâles, anémiés, manquent de sommeil et d'appétit, ils s'amaigrissent, sont nerveux, s'ils ne l'étaient déjà, ou dans le cas contraire le deviennent d'une façon exagérée. Le malade de l'observation VI, une bonne pâte de campagnard, sans aucune tendance à l'état nerveux, se mettait à trembler et à gémir dès qu'on l'approchait. Il est heureusement revenu à son état normal depuis sa guérison.

La température, souvent peu élevée dans les premiers jours, ne dépasse pas 38° dans certains cas peu graves, et elle tombe alors à la normale au bout de quelques jours. En général, elle se maintient pendant plusieurs jours au-dessus de 38°, atteignant parfois 39° et plus, et la persistance de cet état de choses est un élément de diagnostic qu'on ne devra pas dédaigner.

Marche. Terminaison. — Ce cortège de phénomènes accompagnent l'arthrite aiguë et la prolongent pendant un temps variable. Même avec un traitement énergique, il est rare que la période inflammatoire ne dépasse pas trois semaines ou un mois. Le plus souvent même, elle se prolonge au delà, suivant la tendance de l'affection à se terminer par la *résolution*, l'*ankylose*, ou la *destruction*.

De ces trois modes de terminaison, le premier et le troisième sont plus rares que le second. L'ankylose, en effet, est le terme plus ou moins fréquent de l'arthrite aiguë blennorrhagique. Quand l'affection doit finir par résolution, traitée ou non, dit M. Brun, au bout de quatre ou cinq semaines, les symptômes s'amendent, la

douleur spontanée, la tuméfaction disparaissent, les mouvements redeviennent possibles ; mais ils sont encore limités par des brides faciles à rompre sans qu'il y ait rappel de douleurs persistantes. « Peu à peu, les malades voient reparaître les mouvements et la souplesse de leur articulation » (Brun).

Trop souvent on voit, au lieu de cette heureuse terminaison, s'installer l'ankylose que Brandes avait décrite pour les petites articulations, mais que l'on sait pouvoir envahir tout aussi bien les grandes jointures telles que le coude, le genou, le poignet, le cou-de-pied. Ce que nous avons vu en anatomie pathologique au sujet de cette ankylose nous rend compte des cas où il a été impossible, malgré tous les traitements, de rendre à l'article ses mouvements physiologiques. M. Delbet nous citait le cas d'un malade dont l'arthrite date de plusieurs années et que l'ankylose, pour ainsi dire totale, de son articulation tibio-tarsienne rend presque impotent.

Dans ce mode de terminaison comme dans le premier, les phénomènes inflammatoires, douleur, etc., finissent bien par s'amender et disparaître, mais au lieu de la souplesse articulaire, on voit se produire une impossibilité rapide et croissante de tous les mouvements même provoqués. L'immobilisation devient en peu de temps complète. Elle peut bien céder un jour, et au prix de quelles douleurs, à des tractions violentes, à des essais de mouvements forcés Mais le petit succès d'aujourd'hui aura déjà disparu demain et sera le plus souvent l'occasion d'une nouvelle poussée inflammatoire.

Le troisième mode de terminaison, la destruction plus ou moins complète de l'articulation, s'annonce par une

exagération des symptômes de l'état aigu. La douleur, la fièvre et le gonflement prennent une allure encore plus accentuée et les mouvements anormaux de latéralité ou d'hyperextension annoncent bientôt la fonte des cartilages et la destruction profonde de l'article.

La suppuration, mise en doute par M. le professeur Fournier en 1869, a été depuis admise par cet auteur qui en a même donné une observation très instructive. Son malade mourut d'une fièvre typhoïde intercurrente et l'autopsie permit de voir l'articulation remplie de pus et à moitié détruite. Le cas de Prichard (System of surgery de Holmes) fut tellement grave qu'on dut pratiquer l'amputation du membre, ce qui permit de constater la suppuration et ses dégâts.

Que dire du *diagnostic* de l'affection? Qu'il est parfois difficile, surtout quand il s'agit de distinguer au début les formes subaiguës de l'arthrite aiguë vraie. Cependant l'accentuation et la persistance des phénomènes phlegmasiques locaux, accompagnés d'autre part d'un état général sérieux ne tarderont pas à supprimer les doutes.

Quant au diagnostic différentiel avec le rhumatisme aigu ordinaire, la mobilité des manifestations de celui-ci et le nombre plus considérable d'articulations envahies, l'efficacité presqu'infaillible du salicylate de soude à haute dose dans les cas de polyarthrite aiguë simple et son insuffisance en cas d'arthrite aiguë blennorrhagique, voilà autant d'éléments dont l'ensemble ne saurait laisser bien longtemps le doute exister.

Quand à cela vient s'ajouter la constatation d'une blennorrhagie non encore éteinte, l'arthrite spécifique ne saurait plus être repoussée.

CHAPITRE V

Arthrotomie.

Historique. — L'arthrotomie en tant que traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique n'a pour ainsi dire pas d'histoire. La première observation publiée en France remonte à 1892 et c'est à M. Thiéry que nous la devons. D'autres tentatives eurent lieu au même moment ou même antérieurement, mais c'est la première, croyons-nous, qui se soit manifestée au public médical.

Cependant on avait songé depuis longtemps déjà à l'ouverture des articulations pour les arthrites aiguës séreuses. C'est ainsi que nous voyons Lister en 1870 opérer avec un succès relatif une arthrite séreuse du genou, chez laquelle malheureusement on ne put éviter les mouvements anormaux. Mais un peu plus tard, le même opérateur fit connaître trois nouveaux cas de même nature et, cette fois, il annonçait le succès sur toute la ligne.

Vers la même époque, Jessop, que nous trouvons cité dans la thèse d'agrégation de M. Jalaguier, annonçait dans une de ses leçons qu'il préférait dans bien des cas, pour les arthrites très aiguës, l'arthrotomie à la ponction et à l'appui de cette opinion il présentait les observations

de trois malades traités et parfaitement guéris par cette méthode.

Heinecke cite un malade de Hagedom que celui-ci incisa et guérit en seize jours d'une arthrite séreuse du genou.

L'opinion de Mori de Brescia, citée par M. Jalaguier, est la suivante : En présence d'une arthrite traumatique ou *blennorrhagique*, ponction d'abord, et, si le liquide est fibrineux et renferme des flocons, ouverture sans plus tarder. C'est, ajoute, cet auteur, une manière plus sûre d'éviter l'ankylose.

M. Nicaise, dans une communication orale faite au sujet de la thèse de M. Jalaguier, énonça l'avis qu'il faudrait, en face d'une arthrite aiguë blennorrhagique, surtout monoarticulaire, intervenir par l'incision. Le pronostic, d'après lui, serait suffisamment grave dans les formes ankylosantes pour autoriser l'intervention chirurgicale. Et M. Jalaguier ajoutait que l'opinion de Mori de Brescia et de M. Nicaise lui paraissait devoir être prise en sérieuse considération.

Au Congrès de chirurgie de Paris 1892, M. Potherat (1) racontait l'histoire d'un malade qui fut pris de polyarthrite infectieuse. Le genou, le poignet, le cou-de-pied furent envahis au même moment. Il incisa le genou et le poignet. Au bout d'un mois, tout était rentré dans l'ordre pour ces deux jointures. Quant à l'articulation tibio-tarsienne non incisée, elle ne guérit que beaucoup plus tard et incomplètement.

(1) *Semaine médicale*, 30 avril 1892.

Remarquons en passant cette différence chez un même malade, entre les résultats dus à l'arthrotomie et ceux obtenus par le traitement habituel.

Nous venons de voir l'arthrotomie remporter un certain nombre de fois plein succès dans le traitement des arthrites séreuses. Son utilité incontestable et sa parfaite innocuité ainsi démontrées avaient induit un certain nombre de chirurgiens à tenter pour les arthrites blennorrhagiques ce qui avait si pleinement réussi pour leurs voisines.

M. Thiéry (1), en 1892, présenta à la Société d'anatomie un opéré qu'il avait guéri d'une arthrite aiguë blennorrhagique. Il s'était promis de tenter l'ouverture précoce, en pareille occurrence, après avoir vu un malheureux ankylosé du coude subir à deux reprises la résection de l'article. L'observation de son malade est un éloquent plaidoyer en faveur de l'intervention.

Nous trouvons dans la thèse de Christen (2) des observations d'arthrites blennorrhagiques traitées de la même façon et avec un égal succès. Le premier malade opéré à Tenon en 1890, dans le service de M. Reynier, fut complètement guéri en deux mois et demi; le second et le troisième, traités à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tillaux, suppléé par M. Walther, présentèrent, l'un un succès complet et l'autre un résultat moins brillant mais néanmoins très satisfaisant.

Spencer (3) insiste sur la nécessité, d'après lui, de l'in-

(1) THIÉRY. *Bulletin de la Soc. d'anatomie*, 1892, p. 712.
(2) CHRISTEN. Paris, 1892.
(3) SPENCER. *Semaine médicale*, 1894, p. 264.

cision précoce de l'articulation envahie par l'arthrite blennorrhagique confirmée. Deux observations de lui sont aussi très concluantes.

Lasalle (1), chef de clinique à la Faculté de Montpellier, rapporte deux cas traités par Tedenat, avec un succès complet. Il en prend occasion pour faire l'éloge de l'arthrotomie dans les arthrites blennorrhagiques.

La thèse de Hopenhender renferme sept autres cas dont un, une arthrite du poignet, fut le sujet d'une leçon de M. le professeur Tillaux et que ce dernier opéra le 16 avril 1894 (2). Un autre cas auquel il est fait allusion dans cette leçon, fut opéré par le même chirurgien avec un remarquable succès.

Dézanneau, dans une thèse récente, rapporte trois observations de malades opérés par M. Hartmann et parfaitement guéris (3).

A toutes ces observations et à ces remarquables succès, viennent s'ajouter les huit observations que nous devons à la grande bienveillance de M. Delbet et trois autres que M. Bazy nous a très aimablement communiquées.

Nous attirons spécialement l'attention sur l'ensemble des cas opérés par M. Delbet. Ils constituent la totalité des malades traités par ce chirurgien depuis deux ans et demi pour arthrite blennorrhagique. Voilà donc huit cas pris au hasard de la consultation et soignés dans les mêmes conditions. Forme sèche et forme à grand

(1) Lasalle. *Montpellier méd.*, 1894, p. 469.
(2) Tillaux. *Leçons de Clinique chir.*, 1895.
(3) Dézanneau. Dans une thèse récente.

épanchement sont à peu près également représentées.

Une seule malade sort de l'hôpital ankylosée en rectitude, et encore n'est-il pas certain qu'elle n'ait pas retrouvé depuis quelque mouvement. Il nous a été impossible de la revoir. Même en ne la comptant pas, il reste une jolie proportion de guérisons.

Deux malades, le numéro I et le numéro II de nos observations, ont eu un rétablissement complet de leurs mouvements. Les autres présentaient à leur sortie ou quelque temps après, une articulation suffisamment souple pour leur permettre de marcher, monter et descendre les escaliers. Quant aux deux derniers opérés, l'état de leurs jointures et le degré de mobilisation auquel on est arrivé en peu de temps permet d'espérer qu'ils guériront complètement.

CHAPITRE VI

Traitement.

L'ordinaire thérapeutique de l'arthrite blennorrhagique comprend, d'habitude, l'immobilisation aussi complète que possible de la jointure, la compression ouatée et plus tard, la révulsion. Immobilisation, massages, électricité, bains sulfureux et frictions excitantes viennent compléter ces trois éléments principaux.

L'immobilisation, disait Verneuil, est le meilleur des antiphlogistiques à appliquer dans ces cas. Quel que soit le moyen adopté, il sera toujours bon pourvu que l'article malade soit aussi peu mobile que possible.

La compression sera aussi régulière que possible et l'on y apportera les soins habituels en pareil cas.

Pour la révulsion, on a recours aux pointes de feu ou à la teinture d'iode. Mais nous n'insisterons pas, notre objectif n'étant pas de décrire ici le traitement médical de l'arthrite aiguë blennorrhagique.

Disons cependant un mot du traitement général et de celui de l'uréthrite, quand celle-ci n'a pas encore abdiqué. Il est admis à l'heure actuelle que l'infection blennorrhagique existe et forme à elle seule une entité morbide indéniable. Il est donc naturel de penser à la combattre par un traitement interne approprié, et l'on administre à

cet effet différents antiseptiques généraux, par exemple, le salol à la dose de 2 à 4 gr. par jour, le naphtol 1 à 2 gr., le benzo-naphtol 2 à 4 gr. Voilà pour la médication antiseptique générale dont l'efficacité peut bien avoir été reconnue dans certains cas peu graves, mais dont les effets sur l'arthrite aiguë nous ont toujours paru assez problématiques.

Quant aux antiphlogistiques généraux, sulfate de quinine, salicylate de soude, antipyrine, si utiles dans les phlegmasies rhumatismales simples, nous savons qu'ils ont une action bien modérée dans les cas qui nous occupent.

Le traitement de l'uréthrite nous paraît nécessaire. Nombre d'auteurs appuient sur la nécessité de ne pas l'oublier. Dans les cas d'écoulement aigu à gonocoques encore présents, les malades se trouveront bien des lavages à plein canal avec le permanganate de potasse, à 1 p. 4000, puis 1 p. 2000, etc. En cas d'écoulement chronique et en l'absence du microbe de Neisser, nous croyons qu'il faudrait s'en tenir à la méthode suivie dans le service de M. le professeur Guyon, c'est-à-dire aux injections de sublimé pour les écoulements qui contiennent les microbes d'infection secondaire, aux instillations au nitrate d'argent pour les cas où l'examen microscopique ne révèle rien.

A côté des méthodes de traitement local non sanglant, sont venues se placer les méthodes sanglantes, la ponction et le lavage de l'article par le procédé de Schede, la ponction par la méthode de M. Rendu, et enfin l'arthrotomie.

Quel est le but de ces différentes interventions ? Évidemment d'interrompre le processus inflammatoire en supprimant le contact prolongé de l'épanchement et en modifiant l'état des surfaces articulaires par des lavages.

La ponction simple paraîtrait à peine suffisante dans les cas d'hydarthrose à tendance vers la chronicité. Du reste on a remarqué même dans ces cas son insuffisance contre le retour de l'épanchement.

Le procédé de Schede serait peut-être plus recommandable en raison du lavage antiseptique qu'il comporte.

Enfin après avoir retiré le liquide, M. Rendu introduit une certaine quantité de sublimé (5 à 6 c.c.) en solution à 1 p. 4,000, qu'il laisse dans l'articulation. Il a publié un cas de guérison complète dû à ce procédé.

Le reproche que l'on peut faire à ces différents procédés c'est de travailler un peu à l'aveuglette. La ponction ne permet pas de constater en quel état se trouve l'articulation.

Par l'*arthrotomie* au contraire le chirurgien se rendra parfaitement compte de l'état plus ou moins prononcé des lésions. La vue et le toucher ne lui permettront pas d'ignorer jusqu'à quel point la synoviale, les cartilages, l'appareil ligamenteux et les tissus périarticulaires sont envahis.

Le nettoyage, si nécessaire, de la cavité pourra se faire d'une façon aussi parfaite que possible. L'évacuation des fausses membranes, des flocons fibrineux, des végétations synoviales en voie de dégénérescence, impossible à réaliser par l'intermédiaire d'un trocart même un peu fort, deviendra des plus faciles. Les adhé-

rences, si elles existent déjà, pourront être rompues. L'antisepsie des moindres recoins devient possible après l'incision.

Et du reste, la principale objection que l'on pourrait soulever contre l'intervention du bistouri, a perdu maintenant sa valeur. Nous sommes loin de l'époque où l'on craignait à si juste titre de porter le couteau sur une jointure. L'antisepsie et l'asepsie ont ici comme partout fait leur œuvre. Les observations citées plus haut, la pratique courante de l'ouverture de l'articulation pour suturer la rotule, l'arthrotomie pour corps étrangers du genou dont nous avons pu constater à plusieurs reprises la parfaite innocuité, voilà autant de faits rassurants pour l'intervention.

En tant que procédé opératoire l'arthrotomie est parfaite. Mais quels vont en être les résultats immédiats et quel bénéfice le malade en retira-t-il? Il souffrait horriblement et sans presqu'aucun répit, il voit ses douleurs décroître rapidement pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Souvent même elles disparaissent complètement le premier ou le second jour.

Une suite constante et immédiate de l'arthrotomie, c'est la chute de la température, plus ou moins brusque, quelquefois graduelle, mais complète en quelques jours, comme chez quelques-uns de nos malades.

Ce que nous savons de la pathogénie de l'affection nous porte à croire que supprimer en grande partie, comme le fait l'arthrotomie, les causes locales d'inflammation, ce doit être un excellent moyen d'enrayer d'une part l'atrophie musculaire résultant de la phlegmasie et

d'autre part de prévenir l'ankylose que nous savons être trop souvent le terme de l'affection.

Le nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour ne permet pas de dire dans quelle proportion l'arthrotomie supprime l'ankylose. Mais on peut déjà affirmer que dans la majorité des cas, le succès est très satisfaisant.

L'arthrotomie est-elle indiquée pour toute espèce d'articulations? Si nous consultons la liste des observations publiées, nons voyons M. le professeur Tillaux ouvrir l'articulation du poignet, puis celle de l'épaule. MM. Thiéry et Walther incisent l'articulation du coude. On ne connaît pas encore d'observation d'arthrotomie du cou-de-pied. Quant au genou, il forme le plus grand nombre des cas où l'intervention ait été pratiquée.

Le procédé opératoire tout en étant très simple mérite cependant quelqu'attention. Nous en dirons un mot pour ce qui regarde le genou, les modifications à apporter pour les autres jointures n'étant pas très considérables.

Le champ opératoire soigneusement préparé, l'opérateur porte le bistouri sur la partie externe du genou, *pas trop en avant*, et on y pratique une incision d'au moins 5 ou 6 centim. Plus grande, cette incision serait inutile, plus petite, elle ne permettrait pas d'y voir suffisamment et sa grande tendance à se cicatriser empêcherait, les jours suivants, l'écoulement facile des liquides. Dans un cas de Tédenat, une parcimonieuse incision de 2 centim. dut être agrandie le lendemain de l'opération. Nous avons dit *pas trop en avant*, car si l'entaille est placée le long du bord externe de la rotule, comme on le fait d'habitude, le drainage en est rendu difficile à cause

de la position horizontale des malades. M. Delbet insiste sur ce détail. Des deux malades des observations VII et VIII, l'un fut incisé tout à fait sur le côté de l'articulation, l'autre à la façon habituelle. Le genou du numéro VIII se drainait très facilement. Quant au numéro VII, on fut obligé plusieurs jours de suite d'exprimer en quelque sorte son genou pour en faire sortir les liquides séro-purulents dont la position trop antérieure de l'incision empêchait l'écoulement.

Au genou, on fait d'habitude une contre-ouverture. Mais certains chirurgiens s'en tiennent à l'incision simple. M. Delbet pratique constamment une seconde incision. Cette seconde entaille ne présente guère que l'inconvénient d'une cicatrice ultérieure, et en revanche elle permet un nettoyage beaucoup plus complet et un drainage assuré. Ce nettoyage doit être fait d'une façon très soignée. Aussitôt l'articulation débarrassée de l'épanchement, l'index introduit dans l'articulation reconnaît l'état des parties, détache et enlève les fausses membranes et les exsudats. La chose nécessite parfois l'intervention de l'ongle tant l'adhérence est complète. Pour achever, on fera un lavage avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, puis avec de l'eau boriquée, ce qui mettra à l'abri d'une intoxication mercurielle. Quelques chirurgiens se contentent de cautériser les surfaces avec le chlorure de zinc à 1 p. 20 (Thiéry) ou l'eau phéniquée forte (Reynier). D'autres ne pratiquent aucune irrigation. Tedenat cité par Lasalle aurait obtenu un succès complet sans faire de lavage. M. le professeur Tillaux est d'avis qu'un bon lavage assure presque toujours l'intégrité future des mouvements.

Quant à M. Delbet, il conseille de ne pas multiplier les irrigations. La résistance des tissus est fortement diminuée par le contact prolongé et fréquent des antiseptiques. De ce fait, la phacocytose doit être compromise et l'action microbicide des cellules ne saurait être remplacée complètement par celle de l'antisepsie médicamenteuse. Des expériences faites à ce sujet sur le péritoine par M. Delbet mettent le fait en complète évidence. Les deux malades des observations VII et VIII mettent aussi la chose en valeur. La femme fut traitée par des lavages fréquents de son genou et l'on eut du mal à tarir l'écoulement séro-purulent. Le genou de l'homme au contraire guérit beaucoup plus vite sans lavages.

Le drainage sera parfaitement établi. Car il est rare, même après un nettoyage complet, de voir l'articulation absolument vide de liquide. Ce qui a pu se reproduire de l'épanchement est aussi conduit hors de l'article à travers les plaies béantes. On pourrait à la rigueur rétrécir celles-ci par quelques points de suture, mais nous n'en voyons pas l'utilité, vu la grande tendance à la cicatrisation des surfaces cruentées.

Le pansement compressif et l'immobilisation aussi complète que possible viendront ajouter aux bons effets de l'arthrotomie. On ne peut guère recourir à l'appareil plâtré malgré l'immobilité complète qu'il procure ; les pansements seront plus faciles avec une gouttière en fil métallique, ou encore une gouttière de Bœckel.

Le fait d'ouvrir une articulation et de l'aseptiser autant que possible ne constitue pas le traitement au complet de l'arthrite aiguë. Nous avons vu l'immobilisation

agir concurremment avec l'arthrotomie. Quand, grâce à l'une et à l'autre, les phénomènes inflammatoires auront disparu, on demandera au massage, à la mobilisation, à l'électrisation, de faire le reste. L'intervention de cette thérapeutique complémentaire fera disparaître l'atrophie musculaire, combattra les raideurs de l'ankylose.

Un point de cette thérapeutique est assez délicat à fixer, le début de la mobilisation. Si l'on intervient trop tard, disent les uns, on trouvera l'ankylose déjà solidement installée. Oui, mais trop de précipitation amène souvent un retour à la période aiguë, affirment les autres, et ces faits en effet ne sont pas rares. L'anatomie pathologique et ce que nous savons de la nature osseuse de l'ankylose expliquent amplement ce réveil des phénomènes aigus. Il faut veiller d'une part à ce que l'ankylose ne s'établisse pas en paix, et d'autre part, à ne pas réveiller l'arthrite en voie de guérison. On donne comme règle à suivre, celle-ci : explorer soigneusement la jointure au point de vue douleur, et si l'on ne constate aucun point douloureux, commencer les mouvements avec prudence et modération au début. Au cas où cette mobilisation serait suivie de souffrances persistant longtemps après chaque séance, on s'arrêterait pour attendre de nouveau l'extinction complète de la phlegmasie.

Indications. — Nous venons de voir les avantages et le manuel opératoire de l'arthrotomie. Disons un mot de ses indications et nous en aurons fini avec notre sujet.

A quelles formes de l'arthrite aiguë s'adressera de

préférence cette intervention ? Nous avons vu que cette affection pouvait se manifester avec une double physionomie, présenter parfois peu d'épanchement et beaucoup de gonflement périarticulaire, et parfois aussi, revêtant un autre aspect, débuter par un épanchement considérable et un œdème peu prononcé.

Laquelle de ces deux formes bénéficiera davantage de l'incision ? La première tout d'abord ne paraît pas devoir y gagner beaucoup. En effet, pense-t on, puisque les manifestations principales se passent hors de la jointure, la taille de celle-ci ne devrait pas influencer leur marche. Cependant, nous voyons plusieurs de nos malades présenter nettement les symptômes de cette forme clinique et retirer tout de même un bénéfice absolument avéré de l'opération. Plusieurs des observations publiées jusqu'à ce jour sont exactement du même genre. Il ne nous paraît donc pas possible de nier les avantages de l'arthrotomie dans ces cas.

Pour ce qui est de la forme à grand épanchement, le raisonnement et l'expérience s'entendent pour en faire l'objet par excellence de l'intervention sanglante. C'est dans ces cas surtout qu'on trouve la synoviale le plus profondément envahie ; les exsudats, les fausses membranes sont en général aussi en plus grande quantité et leur adhérence est plus forte. Les effets d'un nettoyage, tel que le comporte l'opération, semblent donc devoir être plus directs et plus complets que dans la forme sèche. C'est l'opinion qui ressort pour nous des cas observés jusqu'ici. C'est aussi du reste celle que nous avons souvent entendu émettre par M. Delbet.

Dans l'une comme dans l'autre forme, à quel moment faudra t-il intervenir? La tendance générale des chirurgiens veut que l'on prenne le bistouri très tôt. C'est un fait qui ressort de leur expérience qu'une intervention précoce aura toujours plus de chance de pleinement réussir. Il est du reste assez rationnel de vouloir le plus vite possible débarrasser la jointure des produits morbides septiques qu'elle contient.

Ainsi donc, en présence d'une articulation envahie par l'arthrite aiguë blennorrhagique, le diagnostic étant bien établi, la douleur, le gonflement, la fièvre, les phénomènes généraux ne laissant aucun doute sur la nature aiguë de l'affection, le chirurgien est justiciable d'intervenir d'une façon sanglante, les observations jusqu'à ce jour publiées démontrant largement l'innocuité de cette intervention et les grands bénéfices que le malade peut en attendre.

CONCLUSIONS

I. — L'arthrite aiguë blennorrhagique est une affection grave dont la terminaison la plus fréquente est l'ankylose.

II. — Elle offre à étudier deux formes cliniques, l'une caractérisée par un grand épanchement et un gonflement périarticulaire à peine marqué, l'autre qui présente au contraire peu de liquide intra-articulaire, mais en revanche une tuméfaction considérable des tissus périarticulaires.

III. — L'arthrotomie précoce comme traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique offre de grands avantages. Elle provoque la diminution rapide et même la disparition complète des phénomènes inflammatoires dans un temps relativement court. De plus, elle paraît augmenter les chances de rétablissement des fonctions de l'articulation, l'ankylose étant presque toujours évitée, sinon complètement, du moins dans une large mesure.

IV. — La forme à grand épanchement de l'arthrite aiguë blennorrhagique retire un bénéfice plus grand de l'arthrotomie que la forme sèche. Cependant, celle-ci présente des cas de succès vraiment remarquables.

V. — L'ouverture des jointures devra être largement pratiquée et les lavages aussi peu répétés que possible, le sublimé ou les autres antiseptiques, de l'avis de M. Delbet, diminuant fortement la résistance des tissus à l'infection, résistance que l'antisepsie médicamenteuse est impuissante à remplacer complètement.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I (Inédite).

Arthrite aiguë blennorrhagique du genou droit.

Joséphine Char..., entre dans le service de M. Nicaise le 10 février 1894, avec tous les signes d'une arthrite aiguë blennorrhagique du genou droit. État général mauvais. Température variant de 38°,5 à 39°. On lui avait fait antérieurement une ponction suivie d'injection de sublimé. La malade présenta un peu de stomatite mercurielle à la suite de cette injection. Le 16 février, M. Pierre Delbet se décide à intervenir. On fait une double incision et un lavage de l'articulation. Drainage à la gaze iodoformée.

Pendant les jours qui suivent l'opération, la malade voit diminuer ses douleurs, les phénomènes aigus s'atténuent et finissent par disparaître complètement. Le 16 avril, elle sort de l'hôpital ne souffrant plus du tout. Le massage et la mobilisation n'ont cependant pas pu obtenir un complet rétablissement des mouvements. La flexion ne dépasse guère quelques degrés. En revanche, on constate un peu d'hyperextension et quelques mouvements de latéralité.

La malade, revue le 15 juin 1895, marche sans boiter ni souffrir. Le genou est parfaitement mobile, et la flexion dépasse de beaucoup l'angle droit.

OBSERVATION II (Inédite).

Léon B..., boulanger, 27 ans, entre en chirurgie le 4 mai, venant de médecine où il était depuis le 27 avril. Pas d'anté-

(1) Les huit premières observations se rapportent à des malades opérés par M. Delbet, dans le service de M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec.

cédents héréditaires. Comme antécédents personnels, il a eu sa première chaudepisse il y a deux ans. L'uréthrite s'est compliquée de douleurs rhumatoïdes avec gonflement marqué au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

Nouvelle chaudepisse au commencement d'avril, d'intensité moyenne et peu douloureuse.

24 avril. Il est pris brusquement pendant la nuit de douleurs violentes au niveau du genou gauche, le gonflement et l'impotence du membre suivant de près.

A son entrée à l'hôpital, on lui trouve la jointure très gonflée, chaude, douloureuse, le maximum de la douleur étant situé sur l'interligne articulaire, en dehors. L'épanchement est considérable et les culs-de-sac très tendus. On constate un œdème développé jusqu'à mi-cuisse et la circulation veineuse superficielle est augmentée dans toute la région.

Quant à l'écoulement uréthral, il est très abondant.

Arthrotomie, le 5 mai. L'incision externe de 5 centim. donne issue à une certaine quantité de liquide jaune citrin et à une fausse membrane jaunâtre et gélatiniforme, moulée sur le cul-de-sac tricipital et dont elle reproduit exactement la forme.

Le doigt, promené sur les surfaces articulaires, reconnaît qu'elles sont déjà érodées.

On lave au sublimé et l'on complète le nettoyage au moyen d'éponges. Drainage à la gaze iodoformée et pansement compressif et gouttière.

Le 9. On enlève le pansement. Il n'y a plus qu'un peu de liquide dans l'articulation. On remet des mèches et on refait le même pansement.

Le 17. Nouveau pansement. Plus de liquide dans l'articulation : on enlève les mèches et on commence la mobilisation.

Le 19. Le malade exécute lui-même des mouvements assez étendus. Il commence à marcher facilement.

Il sort le 11 juin, ayant recouvré la parfaite intégrité de ses membres.

Observation III (Inédite).

Arthrite aiguë blennorrhagique du genou gauche.

Marie Caut..., 18 ans, domestique. Cette malade passe de médecine en chirurgie le 2 juillet. Elle souffre depuis trois semaines de son genou gauche, mais les douleurs ne sont devenues très grandes que vers le cinquième jour du début. L'épanchement ne paraît pas considérable et, du reste, une ponction faite en médecine n'a donné que quelques gouttes de liquide. L'examen bactériologique sur lamelles et avec les cultures resta négatif à ce moment.

On fait l'arthrotomie le 3 juillet. La première incision longue de 5 à 6 centim. est faite le long du bord externe de la rotule. On pénètre dans l'articulation et l'on fait une large irrigation au sublimé, ce qui fait sortir une large « couenne » fibrineuse, très cohérente, d'aspect verdâtre et gardant la forme du cul-de-sac tricipital. Sur toute la face interne de la synoviale, il existe des fausses membranes adhérentes au point qu'il faut les détacher avec l'ongle. L'ensemble des exsudats ainsi enlevés représente le volume d'un œuf. On fait à la partie interne une contre-ouverture qui permet le nettoyage complet de l'articulation. On termine par un drainage et un pansement compressif soigné, et l'on place le membre dans une gouttière en fil métallique.

Le premier pansement est fait le 7 juillet. Pas de pus dans l'article. La douleur est considérablement diminuée. La température est un peu tombée, mais elle remonte encore à 38° le soir. Du reste, pendant toute la durée de la maladie, la courbe de température a été extrêmement variable, passant de 37° à 38° et même 39°, pour retomber le lendemain à 37°. Fait à remarquer, ceci se passait généralement les jours où l'on pansait la malade.

Le deuxième pansement est fait le 10 juillet, et l'on trouve

les plaies presque fermées. La malade continue à souffrir, mais tous les jours un peu moins.

On commence la mobilisation le 19 juillet, mais sous chloroforme. Il n'y a pas de craquements dans l'articulation. On continue les jours suivants, sans chloroforme, les mouvements provoqués, mais au prix de grandes souffrances, et malgré des séances multipliées on ne peut empêcher l'ankylose et la malade sort de l'hôpital le 8 octobre, avec un membre en rectitude. On n'a pas pu revoir cette malade.

L'examen bactériologique des couennes est resté négatif et sur lamelles et sur cultures.

Observation IV (Inédite).

Arthrite blennorrhagique du genou droit.

François B..., 29 ans, sommelier, entre dans le service le 8 août 1894, avec tous les symptômes d'une arthrite aiguë blennorrhagique du genou droit.

On l'incise le 10 août. Une première incision de 6 centim. est faite sur le côté externe, donne issue à un liquide séro-purulent peu abondant. On ne rencontre pas de fausses membranes. Les tissus sont infiltrés, œdémateux. La synoviale est fortement hyperhémiée et épaissie; sa face interne est irrégulière, villeuse, et présente l'aspect de la muqueuse intestinale. Les cartilages ne paraissent pas érodés. Contre-incision à la partie interne de la jointure. Lavage au sublimé et drainage à la gaze. La grande incision externe est rétrécie par quelques points de suture. Pansement compressif et immobilisation dans une gouttière de Bœckel.

Le 20 août, premier pansement. L'articulation est vide de liquide et l'on retire les drains. Le malade a vu disparaître peu à peu ses douleurs et la mobilisation, commencée peu de jours après, donne de bons résultats. Le malade sort de l'hôpital le 10 septembre avec une articulation suffisamment souple.

Observation V (Inédite).

Arthrite blennorrhagique du genou droit (M. Pierre Delbet).

Justine May..., 31 ans, cuisinière, est entrée dans le service le 6 février 1896.

Antécédents héréditaires, nuls. Ordinairement bien portante, a eu à 24 ans une fièvre typhoïde. N'a jamais présenté trace de rhumatisme. Elle n'avoue pas de blennorrhagie, mais elle a souvent des pertes blanches.

Il y a vingt-deux jours, sans subir aucun traumatisme, ni refroidissement, elle commence à souffrir dans les deux genoux, surtout dans le droit. Au bout de trois jours, celui-ci s'est gonflé considérablement. Un médecin consulté fit appliquer des vésicatoires, mais sans résultats. On avait cependant eu la patience d'aller jusqu'au huitième.

A son entrée dans le service, la malade présente une jointure très augmentée de volume, très douloureuse à la pression et qu'il est impossible de mobiliser à cause de ces douleurs. L'épanchement paraît considérable. La rotule est mobile. Pas de mouvements de latéralité. Quant à ceux de flexion et d'extension, ils sont impossibles, et le membre est en complète extension. L'état général est altéré. La température vespérale est de 38°.

On l'opère le 6 février. L'incision externe laisse passer un liquide rougeâtre séro-purulent, suivi d'une couenne identique à celle trouvée dans l'articulation des malades II et III. La synoviale, rouge et épaissie, présente l'aspect ordinaire en pareil cas. Contre-incision et lavage au sublimé suivi d'une large irrigation d'eau boriquée.

Un soulagement marqué se produit, mais la malade continue assez longtemps à souffrir. On enlève bientôt les drains et l'on commence la mobilisation. Mais malgré celle-ci la malade sort de l'hôpital le 19 mars avec une jointure dont la flexion ne dépasse pas 45°.

La malade a été revue quelques semaines après; les mouvements ont encore un peu gagné, mais elle souffre quelque peu en marchant.

Observation VI (Inédite).

Arthrite aiguë du genou droit (M. Pierre Delbet).

L. J..., 26 ans, cultivateur, entre le 21 mars 1896 dans le service de M. Nicaise. Il a une blennorrhagie vieille de deux mois, qui après avoir été violente a presque disparu depuis quinze jours. Il y a quatre jours, sans cause apparente, il a été pris d'une douleur très vive pendant la nuit et d'un gonflement considérable, douleur et gonflement qui siégeaient au niveau du genou droit.

A l'examen, le genou apparaît très fortement augmenté de volume, la peau est tendue et lisse, mais elle a gardé sa coloration normale. L'œdème est considérable et remonte assez haut. A la palpation, on sent les tissus périarticulaires fortement épaissis, mais l'épanchement paraît peu considérable, si on en juge par la faiblesse du choc rotulien.

Au repos, le malade souffre déjà d'une façon cruelle. Mais c'est bien autre chose, dès qu'on imprime quelques mouvements à son articulation. Ceux-ci, du reste, sont excessivement limités L'extension complète est même devenue impossible.

On trouve quelques ganglions dans l'aine.

L'atrophie est déjà prononcée. Le triceps crural est mou, flasque, affaissé. La température, sans être très élevée, présente cependant un maximum constant de 38°.

L'état général est mauvais. Bien que solide gaillard, ce malade est aplati, nerveux ; il se plaint tout le temps et gémit dès qu'on le touche.

Arthrotomie le 24 mars 1896. Le liquide est séro-purulent, très louche, peu abondant. On ne rencontre pas de couenne, mais la synoviale épaissie, dépolie, à surface irrégulière, présente un aspect de muqueuse intestinale. Contre-ouverture et

lavages au sublimé et à l'eau boriquée. Drainage par des mèches de gaze iodoformée. Pansement compressif et immobilisation. Le lendemain les douleurs ont beaucoup diminué et la fièvre est tombée. On renouvelle le pansement et l'articulation ne donne que quelques gouttes de liquide.

Le 29 mars, pas de température et pas de douleurs.

On fait un second pansement le 1er avril, et l'on trouve les choses en bon état. On remet cependant des mèches. Le malade ne souffre plus spontanément.

Les mèches sont supprimées le 5 avril. La rotule paraît immobilisée.

Le 13 avril, l'état est stationnaire. Cependant, on dirait qu'il y a un léger rappel de la douleur.

On commence la mobilisation vers le 18 avril, la gouttière de Bœckel étant supprimée du même coup. Les premières tentatives sont douloureuses, et peu effectives. Néanmoins, les mouvements augmentent assez rapidement et le 27 avril la flexion atteint presque l'angle droit. La mobilisation n'est plus aussi douloureuse.

Le malade se lève le 4 mai. Il marche en boitant un peu, mais sans souffrir. L'atrophie de son triceps est notable et n'a pas encore cédé à l'électrisation et au massage. Chaque jour depuis lors est marqué par un progrès sensible et le malade, à sa sortie de l'hôpital, jouit de l'intégrité complète de ses mouvements. Son état général est absolument parfait.

Examen bactériologique. — Au moment de l'opération on prend du liquide à travers la capsule ligamenteuse du genou et avant son incision. Le liquide louche, séreux, d'aspect pyoïde, eŝt ensemencé dans trois tubes de bouillon I, II, III, le premier seul étant largement ensemencé. Après l'ouverture complète de la jointure on recueille le liquide des culs-de-sac dont on ensemence un quatrième tube. Puis avec un morceau de synoviale on en fait un cinquième.

Les tubes I, II, III, IV sont restés constamment stériles.

Le V ensemencé avec la synoviale a présenté le 27 mars

un trouble intense. Le 28 mars on en fait des lamelles colorées au Ziehl sur lesquelles on voit des cocci assez abondants isolés ou en diplocoques. Le 31 mars, on ensemence deux tubes de gélose avec les produits du tube V, et l'on additionne l'un des tubes de quelques gouttes de sang humain. Le lendemain on constate la présence sur ces tubes, de colonies blanches, isolées ou formant nappe, nombreuses surtout sur la gélose additionnée de sang. Le 4 avril on fait des lamelles avec ces colonies, et l'on trouve par le procédé de Weigert des amas de microcoques et quelques chaînettes. De rares diplocoques ont un peu l'aspect de grains de café. Des ensemencements sur gélatine ne donnent rien.

Observation VII (Inédite).

Arthrite aiguë du genou droit. (Malade de M. Pierre Delbet.)

La nommée Julia Gouil..., 36 ans, domestique, sans antécédents personnels héréditaires, a vu apparaître dans son genou droit, il y a huit jours, une douleur très vive qui ne l'empêche pas d'abord de marcher ni de faire son service. Mais un gonflement considérable étant survenu en même temps que la douleur devenait très forte, elle va trouver son médecin qui lui ordonne un vésicatoire. Celui-ci n'ayant produit aucun effet sensible, la malade entre à l'hôpital Laënnec, service de M. Nicaise, le 3 juin 1896.

Elle est en pleine puissance de vaginite et d'uréthrite blennorrhagique dont le début remonte à trois semaines.

Son genou est extrêmement douloureux surtout quand on essaye de le mobiliser. Les douleurs spontanées sont aussi très fortes. La flexion prononcée du genou et l'extension du pied paraissent être les positions les moins douloureuses.

Le gonflement périarticulaire est peu prononcé, mais, en revanche, il y a une grande quantité de liquide dans l'articulation. Les culs-de-sac bombent fortement et la rotule parait surmontée d'un énorme bourrelet en fer à cheval. Fluctuation

très nette La peau est chaude, lisse, éraillée par le vésicatoire. Les mouvements d'extension et de flexion sont très douloureux et possibles seulement dans une certaine mesure.

L'atrophie musculaire est déjà prononcée et le triceps a perdu sa fermeté et sa forme demi-cylindrique. Il est plat et affaissé.

La température ne dépasse guère 38°, mais l'état général est mauvais. M. Delbet décide l'intervention.

Arthrotomie, le 3 juin. — L'incision externe est portée le long du bord externe de la rotule. Il s'échappe par là une assez grande quantité de liquide séro-purulent, mais pas de couennes. La synoviale épaisse, rouge, en certains points, blanchâtre, présente l'aspect de la paroi de certains abcès froids. Elle est granuleuse, tomenteuse. La face postérieure de la rotule est dépolie, grisâtre. On pratique une contre-incision et on lave largement avec le sublimé à 1/1000 et à l'eau boriquée. M. Delbet remarque le changement de consistance des surfaces articulaires qui deviennent dures et comme cartonnées au contact du sublimé. Pour terminer, l'articulation est brossée avec des éponges. Puis on met des mèches et on fait le pansement ordinaire.

Le 5. Premier pansement. La malade souffre beaucoup moins. Le gonflement est fortement diminué. On fait sourdre un peu de liquide séro-purulent à travers les plaies. Lavage de nouveau et mèches de gaze.

On refait le pansement le lendemain. La malade, un peu nerveuse, se plaint de ne pas dormir. Elle a souffert de douleurs spontanées pendant la nuit précédente. On ne trouve pas de liquide dans l'articulation. Pas de lavage de la cavité. On remet cependant des mèches. Les injections vaginales de permanganate de potasse sont commencées.

Le pansement du 8 juin fait voir des plaies d'aspect diphtéroïde, que l'on cautérise au nitrate d'argent. Il sort un peu de liquide; on remet des mèches.

Les pansements du 10 et du 12 ne montrent rien de nouveau.

Mais le 13, la malade ayant eu un peu de température, on s'aperçoit que les plaies sont presque refermées. On les rouvre et il s'écoule une assez grande quantité de pus. On lave au sublimé et à l'eau boriquée. L'état de la malade s'améliore. Il devient tout à fait bon vers le 20, époque à laquelle on supprime le drainage. La jointure n'est presque plus douloureuse. On commence la mobilisation qui réussit assez vite et très bien. A l'heure actuelle, la malade est encore dans le service Elle ne se lève pas, mais elle peut elle-même fléchir sa jambe de quelques degrés. Quant aux mouvements provoqués, ils atteignent actuellement presque l'angle droit et sont peu douloureux.

Examen bactériologique. — Le liquide est ensemencé au moment de l'opération dans trois tubes de bouillon.

Le 4 juin, on remarque un dépôt au fond des tubes, mais pas de trouble. Le lendemain, le tube II présente un trouble marqué à la partie inférieure. On en fait des lamelles au Ziehl au bleu de méthylène. Il y a de nombreux amas de cocci et quelques diplocoques isolés. Le groupement ferait penser à du staphylocoque. Ces microbes prennent le Gram.

Le tube II devient de plus en plus trouble, tandis que les deux autres restent limpides. On réensemence le tube II sur gélose simple et gélose additionnée de sang, et le lendemain on a de magnifiques cultures de staphylocoque blanc.

Observation VIII (Inédite).

Arthrite aiguë du genou droit (Malade de M. Pierre Delbet.)

Édouard D..., 28 ans, cuisinier. Ce malade se présente à l'hôpital le 10 juin, avec un ensemble de phénomènes qui feraient d'abord penser à un rhumatisme blennorrhagique. Il n'a pas d'antécédents héréditaires. Mais il prétend avoir eu, en 1890, au régiment une attaque de rhumatisme inflammatoire aigu qui se serait prolongée onze mois, et aurait successivement envahi

presque toutes les articulations. Il n'avait jamais eu de blennorrhagie à ce moment. Après cette longue période, il contracta la syphilis qui s'est traduite chez lui par la roséole, des plaques muqueuses très abondantes et des manifestations cutanées diverses. Depuis 1891, il a eu six fois, la blennorrhagie sans jamais présenter de complications. Pour la septième, il y a dix jours, il a vu apparaître l'écoulement uréthral caractéristique, et quelques jours après, cinq au plus, il était envahi simultanément par une conjonctivite assez intense, des douleurs, sans gonflement bien marqué, des articulations du carpe à droite, de l'articulation du gros orteil aussi à droite et enfin des douleurs très prononcées, avec gonflement considérable du genou droit.

Les douleurs spontanées sont rendues plus intenses par les mouvements. La tuméfaction tient surtout à l'épanchement, l'œdème périarticulaire étant peu prononcé. Choc rotulien et fluctuation très nets. Fièvre légère, état général mauvais.

Cependant, en présence de l'aspect rhumatismal de l'affection, on se contente de faire une ponction du genou le 12 juin au matin on retire un liquide rougeâtre purulent représentant comme quantité 60 grammes environ. Le lendemain, le liquide s'était reproduit, les phénomènes douleurs et fièvre locale aussi bien que générale ayant augmenté, M. Delbet pratique l'*arthrotomie* le 13 juin.

L'incision externe est placée cette fois tout à fait sur le côté pour permettre le facile drainage de la cavité. On remarque en passant que les tissus périarticulaires sont très légèrement infiltrés.

La synoviale est fortement épaissie, hyperhémiée, grenue, tomentense, elle a l'aspect de la muqueuse intestinale. On en prend un morceau pour en faire l'examen histologique.

Le liquide est nettement purulent, mais sans trace de sang, comme celui de la ponction. Le cartilage de la face postérieure de la rotule est blanc grisâtre, mais il paraît intact. On ne trouve pas la couenne ordinaire dans le cul-de-sac sous-trici-

pital. On lave abondamment au sublimé et à l'eau boriquée, et l'on draine avec des mèches de gaze. Le membre est fixé à une gouttière de Bœckel.

Le soir même la température, qui était le matin même de 38°,5, descend à 38° et le lendemain à 37°. Le malade passe une assez bonne nuit; il souffre peu et dort quelques heures, ce qu'il n'avait pu faire les nuits précédentes.

On ouvre le pansement le 15 juin et l'on trouve le gonflement notablement diminué. Il ne reste plus guère qu'un empâtement peu prononcé des tissus périarticulaires. Les plaies ne laissent passer aucun liquide. La jointure est encore douloureuse au toucher et le malade crie dès qu'on dérange le membre pour les besoins du pansement.

Cependant, les signes manifestes de l'arthrite aiguë se sont beaucoup atténués. On remet des mèches et l'on immobilise de nouveau.

Le second pansement permet de constater les mêmes détails avec une diminution croissante des phénomènes aigus.

La conjonctivite s'est atténuée sous l'action du nitrate d'argent en instillations. Le malade prend depuis quelques jours des cachets de salol.

Vers le 20 juin on enlève les mèches et quelques jours après on supprime la gouttière et on commence à immobiliser. Les premières tentatives sont extrêmement douloureuses, mais ces douleurs ne durent pas. Les jours suivants, les mouvements deviennent moins douloureux et l'on gagne peu à peu du terrain. Actuellement, le malade, qui ne s'est pas encore levé, exécute dans son lit des mouvements spontanés de flexion qui vont jusqu'à 45 degrés environ ; pour les mouvements provoqués ils atteignent l'angle droit, et l'on peut espérer que ce malade comme celui de l'observation VII du reste, retrouvera la complète intégrité de sa jointure. Seulement, l'articulation du poignet peu malade au début, a présenté depuis une quinzaine de jours un gonflement assez accentué et des points douloureux à la pression sur les côtés. L'ankylose est déjà prononcée et

sera probablement très difficile à empêcher. M. Delbet ne croit pas que le malade retirerait un grand bénéfice d'une arthrotomie.

Examen bactériologique. — Le liquide de la ponction, ensemencé dans du bouillon, donne des cocci en groupes, assez nombreux, mais petits.

Le liquide recueilli au moment de l'incision et ensemencé dans du bouillon donne une culture de microcoques qui prennent le Gram, sont disposés en groupes, mais ne cultivent pas sur les tubes de gélose.

Observation IX (due à l'obligeance de M. Bazy).

Émile G..., 31 ans, blanchisseur, eut, il y a huit mois, une blennorrhagie ayant duré trois semaines ; un nouvel écoulement, assez léger, se montre, il y a trois semaines. En même temps une douleur légère se manifestait dans le genou gauche.

Depuis peu de jours elle a augmenté d'intensité, la jointure a grossi ; la marche, devenue presque impossible, engage le malade à se présenter à la consultation le 20 juin 1895 : il existe un gonflement très marqué du genou ; les culs-de-sac sont soulevés par un épanchement considérable ; la palpation et les mouvements provoqués, très limités réveillent une vive douleur. Une ponction aspiratrice ramène un liquide séreux, légèrement louche ; compression ouatée. Le malade, qui a refusé de rester à l'hôpital, garde le repos et ne souffre plus pendant sept jours ; mais le 27 les douleurs reparaissent très violentes et l'obligent à entrer dans le service de chirurgie de Bicêtre le 28 juin. L'épanchement s'est reproduit, presqu'aussi abondant : la température monte le soir aux environs de 39°.

Le 29 juin, M. Bazy pratique l'arthrotomie ; incision bilatérale, lavage, drainage.

L'examen microscopique du liquide retiré, très louche, a montré la présence de nombreux globules de pus et cocci isolés.

1er juillet, la température est tombée ; on renouvelle le pansement et enlève le drain.

Le 4, la température étant remontée, on lave l'articulation. La température est depuis restée à la normale.

Le 9, il n'y a plus de liquide dans la jointure : la douleur a complètement disparu ; il existe de fins froissements articulaires quand on mobilise la rotule.

Ils ont disparu le 14 juin quand le malade sort sur sa demande ; on n'a pas encore tenté de mobilisation. Le malade, resté sans soins, pendant un mois, est alors revu : aucune douleur, mais mouvements très limités.

Pourtant, en mars 1896, huit mois après l'intervention, M. André Claisse, interne du service à qui nous devons cette observation, constate que le résultat fonctionnel, qui peut être considéré comme définitif, est excellent : aucune douleur ; flexion à angle droit, marche et ascension des escaliers très aisées.

Observation X (M. Bazy).

Georgette C..., 19 ans, repasseuse, entre à l'hôpital Tenon le 7 mai 1896. Aucun antécédent héréditaire ou personnel à relever. La maladie a débuté il y a un mois : la malade, atteinte d'une leucorrhée profuse, verdâtre, et d'uréthrite, commença à ressentir des douleurs localisées d'abord au genou droit, puis atteignant le genou gauche au bout de deux jours. La marche devient bientôt impossible ; du gonflement apparaît : la malade est obligée d'entrer à l'hôpital.

Le genou droit est volumineux, globuleux ; il n'y a pas de rougeur ; il existe un gros empâtement périarticulaire, mais on n'a pas de fluctuation. La palpation est très douloureuse ; les mouvements sont rendus impossibles par les souffrances qu'ils causent ; la jambe présente un œdème considérable ; les muscles de la cuisse sont atrophiés. L'état général est mauvais, la face pâle. La température oscille entre 38°,5 et 39°,5.

Le 8 mai M. Ravanier, interne du service, à qui nous devons cette observation et la suivante, pratique l'arthrotomie : incision de chaque côté de l'articulation ; il s'écoule environ 50 gr. de liquide ; on évacue de nombreux dépôts fibrineux ; la synoviale est nettoyée avec une éponge montée ; drainage bilatéral ; immobilisation dans une gouttière en fil de fer.

Le soir la température est encore à 39°,4 ; le lendemain matin : 36°,9. Les douleurs spontanées sont moins fortes, ne sont plus continues. Le cinquième jour on fait le premier pansement et enlève les drains ; les pansements sont renouvelés tous les cinq jours ; la fièvre est tombée ; les phénomènes généreux disparaissent.

Pourtant le 5 juin il se produit un retour des douleurs tel que M. Bazy juge à propos d'immobiliser complètement l'articulation dans une gouttière plâtrée ; elle procure un soulagement immédiat ; elle est maintenue pendant treize jours. A ce moment on commence le massage, l'électricité et la mobilisation.

3 juillet. Les douleurs spontanées ont disparu depuis une quinzaine. Les mouvements que l'on imprime à la pointure sont encore limités et provoquent une douleur momentanée à la partie inférieure et antérieure du genou ; mais on ne trouve pas de point douloureux à la palpation ; la rotule est parfaitement mobile ; la malade commence à marcher seule, en boitant légèrement. L'atrophie musculaire est prononcée, le membre très faible : pourtant la marche déjà assez facile et la mobilisation permettent d'espérer un résultat fonctionnel excellent.

Observation XI (M. Bazy).

Julie J..., domestique, 26 ans, entre à Tenon, le 9 avril 1896. Elle attribue son affection à un coup qu'elle a reçu il y a un mois ; ce n'est que trois semaines après qu'elle a commencé à souffrir du genou droit. La malade est maigre, présente un teint subictérique. T. 39°,3. Le genou est gros, globuleux, n'est pas rouge ; la palpation, très douloureuse, fait constater un

épaississement marqué de la synoviale ; fluctuation au niveau des culs-de-sac latéraux ; la jambe n'est pas œdématiée ; les muscles du membre inférieur sont atrophiés. La mobilisation de l'articulation est impossible, l'impotence fonctionnelle complète. Pas de mouvements de latéralité.

On ne constate pas d'écoulement uréthral. Pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Le 10 avril, M. Ravanier pratique l'arthrotomie : incision bilatérale, exploration et nettoyage de l'articulation ; drainage ; pansement sec ; immobilisation. La température descend et se maintient à la normale après le premier pansement.

Dès que les phénomènes douloureux ont disparu on commence la mobilisation, le massage et l'électrisation : l'amélioration augmente rapidement ; la malade peut sortir le 22 juin, marchant facilement, pliant son genou presque à angle droit.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Do Amaral. — Thèse de Paris, 1891.
Besnier. — *Dictionnaire encyclopédique*, article Rhumatisme.
Bouilly. — Thèse d'agrégation, 1878.
Bousquet. — Observation d'arthrite blennorrhagique sterno-claviculaire. *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1885.
Brodhurst. — Gonorrhœal Rheumatism. *Transactions of American Orthop. Association*. Philadelphia, 1891. — *Medical Press and Circular*, 1892, p. 648.
Brun. — Thèse de Paris, 1881.
Bumm. — *Archiv. für Gynæcol.*, 1886.
Chotier. — Thèse de Paris, 1883.
Christen. — Thèse de Paris, 1892.
Dézanneau. — Thèse de Paris, 1896.
Diday. — Thèse de Paris, 1873.
Dieulafoy. — *Manuel de pathologie interne*.
Finger, Gohn, Schlagenhaufer. — *Annales des maladies des voies urinaires*, 1894.
Fournier. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, art. Blennorrhagie. — *Annales de dermatologie et syph.*, 1886.
Gerheim. — *Verkandlung der phys. med. Gesellschaft*, t. XVI, Wendsbourg.
Goldenberg. — Gonorrhœal Rheumatism in early childhood. *New-York med. Journ.*, 1892.
Gosselin. — *Cliniques de la Charité*, 1876.
Guitéras. — Gonorrhœal Rheum. and its treatment. *New-York med. Journ.*, 1894.
Guyon-Janet. — Arthrites blennorrhagiques sans gonocoque. *Annales des voies urinaires*, 1891.
Hartley. — Gonorrhœal Rheum. especially in female. *New-York med. Journ.*, 1887.
Haslund. — *Congrès de Copenhague*, 1883.
Hewes. — Two cases of gonorrhœal rheum. with specific bacterial organisms in the blood. *Boston med. and surg. Journ.*, 1894.
Hopenhender. — Thèse de Paris, 1894.

Jalaguier. — Thèse d'agrégation de Paris, 1886.
Jacquet. — *Annales de dermat. et syph.*, 1892.
Kammerer. — *Centralblatt f. Chir.*, 1884.
De Lapersonne. — Thèse d'agrégation de Paris, 1886.
Lagrange. — *Traité de chirurgie Duplay-Reclus.*
Laboulbène. — *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1872.
Lasalle et **Tédenat**. — *Montpellier méd.*, 1894.
Legrain. — Thèse de Nancy, 1888.
Leman. — *The Lancet*, 1891, p. 230.
Lilienthal. — *Boston med. and surg. Journ.*, 1895.
Mauclaire. — Art. du *Traité de chirurgie de Le Dentu et Pierre Delbet.*
Miropolsky. — Thèse de Paris, 1890.
Petrone. — *Rev. clin. di Boliva*, 1883.
Raynaud. — Thèse de Paris, 1895.
Reclus. — *Manuel de pathologie générale.*
Rendu. — *Société méd. des hôpitaux*, 1893.
Rugg. — *The Lancet*, 1892, p. 772.
M. Sée. — Thèse de Paris, 1896.
Souplet. — Thèse de Paris, 1893.
Spencer. — *Semaine méd.*, 1894, p. 264.
Talamon. — *Revue mensuelle de méd. et de chirurgie*, 1878.
Thiéry. — *Bull. Soc. d'anatomie*, 1892.
Tillaux. — *Cliniques* publiées par le Dr P. Thiéry.
Trélat. — *Cliniques chirurgicales.*
Vaughan — *Journal of cutaneous and gen.-urinary diseases*, New-York, 1895.
Vignaudon. — Thèse de Paris, 1894.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE